КРАТКИЙ ОБЗОР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ

ЗА 1924—26 Г.Г.

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

ПОД РЕДАКЦИЕЙ
И С ПРЕДИСЛОВИЕМ
Л. П. НЕМЧЕНКО

ВОПРОСЫ ТРУДА
МОСКВА — 1927

КРАТКИЙ ОБЗОР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ

ЗА 1924—26 г.г.

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

под редакцией и с предисловием
Л. П. НЕМЧЕНКО и при участии: Н. И. БЫХОВСКОГО,
Б. Н. ГУТЕРМАНА, В. Д. КУЗЯТИНА, М. К. МИХАЙЛОВА,
Н. М. ПЕТРОВА, Б. М. ФАЙНГОЛЬДА и Я. Г. ШУЛЬМАНА.

„ВОПРОСЫ ТРУДА“
МОСКВА—1927

ОГЛАВЛЕНИЕ

Стр.

Предисловие 3

I. Финансы соцстраха в 1925—1926 году 7

II. Круг застрахованных и страховое обеспечение 22

III. Медицинская помощь застрахованным 41

IV. Санаторно-курортная работа страховых органов. 63

V. Организационная деятельность страховых органов. 78

Главлит. 75.665. Зак. 336. В. Т. № 699. Тираж 3.500.

„Интернациональная“ (39-я) тип. Мосполиграф, Путинковский, 3.

ПРЕДИСЛОВИЕ.

Мы переживаем переломный период в развитии социального страхования.

Относительное финансовое благополучие, естественное для первых лет, дало возможность широко развить страховую программу. По страхованию временной нетрудоспособности достигнута оплата полного заработка за время болезни. То же самое в части возмещения заработка в течение установленных сроков для отпусков по случаю беременности и родов. По всей линии страхования инвалидности осуществлен принцип обеспечения в известном соответствии с былым заработком инвалида. Такого же характера обеспечение установлено и для семей умерших рабочих и служащих. Довольно значительная помощь оказывается в форме дополнительных пособий рабочему бюджету, когда он подвергается внезапному колебанию из-за рождения ребенка или смерти как самого застрахованного, так и кого-либо из членов его семьи. Широко развита работа страховых касс по обеспечению рабочих масс домами отдыха и санаторно-курортной помощью. Лишь в одной области социального страхования — в части обеспечения безработных — обнаруживается отсталость достигнутого уровня по сравнению с насущными потребностями.

Однако, нельзя упускать из виду, что благоприятные в первый период финансовые условия породили и целый ряд вредных последствий. Многие, недостаточно учитывали то обстоятельство, что нормальное развитие страховой работы влечет быстрый рост расходов, который неминуемо должен обгонять в своем темпе рост поступлений по социальному страхованию. Именно, на почве этого непонимания **временного** характера финансового благополучия соцстраха возникло и широко распространилось мнение о том, что страховая организация «слишком богата», и — как естественное последствие этого глубоко ошибочного взгляда — появилось стремление снизить страховые взносы, а также нагрузить соцстрах дополнительными расходами.

Ложному представлению о «богатстве» организации социального страхования поддалась и значительная часть страховых работников. Результатом этого явилось недостаточно экономное расходование страховых средств, местами переходящее в прямое нарушение страховыми органами финансово-бюджетной дисциплины. Перерасходы против утвержденных смет, трата страховых средств не по их назначению, увлечение строительством (не только санаторий и домов отдыха, но и помещений для страховых касс), рост организационных расходов—все это явления далеко не единичного порядка. Правда, весьма часто страховые органы бывали вынуждены к неправильным расходам постановлениями местных вышестоящих организаций, но во многих случаях страхкассы действовали и по собственному почину.

Известную роль в ухудшении финансового положения соцстраха сыграло и несовершенство страхового законодательства. Недолгий период существования и скудный опыт не позволяли до сих пор регулировать правила по назначению пенсий и пособий таким образом, чтобы они, не создавая препятствий для рабочих и служащих, гарантировали от расходований на непролетарские элементы, которых особенно много на работах, носящих сезонный характер. Кроме того, и самые методы исчисления размера пособий не обладают еще достаточной гибкостью, которая позволяла бы их применять ко всем разнообразным категориям рабочих и служащих без риска переплат.

Чрезвычайно крупный недочет, связанный с большими непроизводительными тратами страховых средств, кроется в системе освобождения от работ по болезни и назначения пенсии по инвалидности. Он заключается в том, что как предоставление отпусков по болезни, так и определение степени инвалидности производится органами здравоохранения без существенного влияния на постановку этой работы и руководства ею со стороны страховых касс. Чтобы получить представление о том, насколько серьезно указанный недочет должен отражаться на общем финансовом состоянии соцстраха, следует иметь в виду, что расходы на страхование по временной нетрудоспособности и инвалидности составляют в совокупности более двух третей страхового бюджета и выражаются для 1926—27 года в сумме, близкой к 400 миллионам рублей.

Все приведенные нами причины имели своим результатом ухудшение финансового положения соцстраха. Уже в 1924—25 году появились первые опасные признаки в форме перебоев по выплате пособий в отдельных кассах, которые по об'ективным условиям не должны были бы быть дефицитны. В 1925—26 году дефицит стал общим явлением в страховой организации, выразившись за первые 3 квартала в сумме около 20 миллионов

рублей. Правда, рядом чрезвычайных усилий, главным образом в области освобождения от работ по болезни, удалось несколько исправить положение в IV квартале. Но все же угрожающая обстановка для страховой организации не миновала. Наоборот, контрольные цифры, построенные для 1926—27 года, сулят соцстраху еще менее отрадные финансовые перспективы.

Социальное страхование вступило в критическую полосу. Если не удастся добиться бездефицитного бюджета, то неизбежно снижение достигнутого уровня социального страхования в его важнейших частях, неминуема потеря таких основных достижений, как например, оплата полного заработка при болезни и т. п.

Эта опасность чревата весьма серьезными последствиями. Нельзя ни на одну минуту забывать, что развернутая в СССР страховая программа успела прочно проникнуть в рабочий быт и воспринимается рабочим классом, как одно из самых ценных завоеваний Октября. Нельзя также забывать, что Советское страхование было предметом внимательнейшего исследования со стороны посетивших нас западно-европейских рабочих делегаций. Социальное страхование в СССР, поднятое на высокую ступень, является уже теперь наглядным образцом рабочей политики в стране, где господствует пролетариат. Тот живой отклик, который доносится к нам из-за рубежа, свидетельствует, что Советское страхование стало фактором международного значения.

Эти соображения говорят о необходимости мобилизации всех сил партийных, профессиональных, советских и страховых организаций для принятия решительных мер по борьбе с той грозной опасностью, которая нависла над делом социального страхования.

Само собою разумеется, что необходимые меры к построению бездефицитного бюджета соцстраха должны быть и будут предприняты по линии центрального руководства. В этих целях поставлен на очередь вопрос о прекращении в дальнейшем снижений страхового тарифа и нагрузок соцстраха дополнительными расходами. Возбужден также вопрос о реорганизации системы освобождения от работ по болезни. Намечается разгрузка страхового бюджета от части расходов по дорого стоящему лечению на южных курортах. Приходится для спасения основных видов страхования итти и на крупную жертву, выражающуюся в сокращении норм дополнительных пособий.

Но все эти мероприятия не спасут страхового бюджета, если они не будут сопровождаться оздоровлением страховой работы по всей периферии. Никакие бюджетные расчеты, как бы правильно они ни были построены, не будут реальны, если расходование страховых средств, распыленное по тысячам страховых касс и пунктов, не будет введено в русло строгой пла-

номерности и экономности. А этого в страховой организации нельзя достигнуть иначе, как пробуждением соответствующей энергии и инициативы на местах.

Настоящий обзор социального страхования за два последних года имеет целью помочь читателю разобраться в той сложной обстановке, в какой развивается соцстрах, и получить представление о перспективах его развития. Мы убеждены, что ознакомление с историей соцстраха за эти годы не только профессионалистов и страховиков, но также широких партийных и советских кругов является лучшим средством к организации вокруг дела социального страхования тех сил, которые будут способствовать быстрейшей ликвидации назревшего кризиса. Авторы поэтому стремились придать обзору популярную форму, которая сделала бы его доступным и для читателя, стоящего в стороне от непосредственной работы по социальному страхованию.

В заключение необходимо отметить, что, стремясь приноровить издание обзора к открытию VII Всесоюзного с'езда профсоюзов, составители вынуждены были проводить свою работу в порядке спешности. Это обстоятельство, которое, возможно, отразилось неблагоприятно на полноте содержания и качестве обзора, читателю необходимо иметь в виду.

Л. Немченко.

Москва, 23 ноября 1926 г.

I. ФИНАНСЫ СОЦСТРАХА В 1925—1926 ГОДУ.

1925—26 хозяйственный год знаменателен переходом от расходования страховых средств местными страховыми органами на свой риск и страх к строго централизованному регулированию страховых фондов и их расходованию в плановом порядке.

Необходимость такого перехода была осознана руководящими органами соцстраха и профсоюзов уже давно. Так, в резолюции Всесоюзного страхового совещания, состоявшегося в октябре 1923 г., перед Цусстрахом была выдвинута задача скорейшего установления единообразной отчетности в целях перехода к бюджетно-плановому расходованию страховых средств. Это решение Всесоюзного совещания имело, однако, для местных работников чисто академическое значение, ибо сравнительно благополучное положение финансов местных страховых органов не только не придавало в их глазах этой задаче актуальности и злободневности, а скорее толкало их к отсрочке этого перехода, который лишал их возможности использовать страховые средства на местные нужды.

Финансовое положение страховых органов, благополучное в первое время, становилось, однако, с каждым годом все напряженнее, и все острее выдвигалась необходимость отказа от кустарных методов расходования страховых средств и перехода к регулированию страховых фондов из центра.

Напряженность бюджета социального страхования особенно обострилась в 1925—26 хозяйственном году в связи с произведенным снижением страхового тарифа. Это снижение больше всего отразилось на бюджете страхорганов наиболее важных промышленных районов (Урал, Донбасс, Нижний и т. д.) и транспорта, которые при новом уменьшенном тарифе лишились возможности существовать без постоянной и регулярной дотации из центра.

Это снижение страхового тарифа с 15,5 до 14% заработной платы, установленное постановлением ЦИК и СНК СССР, фактически было проведено с апреля 1925 г. и продолжалось не-

уклонно в течение всего истекшего хозяйственного года. По кварталам это снижение выразилось следующим образом:

Движение среднего процента страхового тарифа.

Кварталы	Средний % тарифа
I квартал 1924/1925 г.	15,48
II „ „ „	14,95
III „ „ „	13,94
IV „ „ „	13,65
I „ 1925/1926 г.	13,70
II „ „ „	13,52
III „ „ „	13,38

«Сползание» средней тарифной ставки происходило благодаря распространению льготного тарифа на ряд предприятий, плативших до того взносы по более высоким ставкам, и вследствие того, что рост числа застрахованных шел преимущественно в предприятиях тяжелой промышленности с льготным тарифом.

Распределение застрахованных по тарифам взносов на соц. страхование (без частично страхуемых) по Союзу ССР.

Отчетная дата	Число страхуемых абс.	Число страхуемых, распределенное по тарифам	Процент. распред. страхуемых по тарифам и разрядам опасности				
			Льготный тариф.				Всего по нормальному тарифу
			10 %	12 %	14 % и проч. льготн.	Всего по льготн. тарифу	
На 1 окт. 1925 г.	7.322.231	7.131.861	39,9	16,8	3,0	59,7	40,3
„ 1 янв. 1926 г.	7.508.783	7.241.594	41,4	15,5	2,8	59,7	40,3
„ 1 апр. 1926 г	7.666.135	7.492.866	42,9	15,1	2,8	60,8	39,2

Как видно из приведенной таблицы, на 1 октября 1925 г. число застрахованных, проходящих по льготному тарифу, составляло в СССР 59,7% общей массы застрахованных, а к 1 апреля 1926 г. процент этот повысился до 60,8. При этом масса застрахованных, проходящих по 10-проц. тарифу, за тот же период возросла с 39,9 до 42,9% всей массы застрахованных.

Не менее важную роль в обострении финансового положения соцстраха сыграл непропорциональный рост расходов по обеспечению застрахованных сравнительно с ростом дохода. Рост этот характеризуется следующими цифрами: в течение 1924—25 г. поступления страховых взносов (без лечфондов) составляли в среднем по СССР на одного застрахованного 51 р. 11 коп., расход—46 р. 21 к., или 90,42% прихода. Доход же на одного застрахованного в течение трех кварталов 1925—26 г. составлял 44 р. 65 к., расход—47 р. 64 к., или 106,70% дохода. Это же превышение роста расходов над ростом прихода показывает также следующая табличка.

Поступление и расходование страховых фондов (без лечебного) по месяцам за 3 квартала 1925—26 г. по СССР (без ЗСФСР) в %% к октябрю 1925 г.

Месяцы	Поступление	Расход
Октябрь 1925 г.	**100,0**	**100,0**
Ноябрь „	104,3	98,8
Декабрь „	112,7	118,0
Январь 1926 г.	109,0	115,0
Февраль „	111,4	124,1
Март „	117,0	145,2
Апрель „	119,3	149,2
Май „	123,7	124,2
Июнь „	116,7	137,8

Это превышение роста расхода над ростом прихода может быть об'яснено повышением обращаемости застрахованных в страхкассы за помощью по мере развития деятельности касс. Кроме того, оказала влияние и случайная причина — эпидемия гриппа.

Общий расход соцстраха повысился и вследствие возложения на него новых дополнительных расходов. К числу этих

расходов относится обеспечение 20.000 пенсионных единиц инвалидов гражданской войны, покрытие значительной части расходов по пенсионированию школьных работников за выслугу лет и ассигнование из средств соцстраха 20.000.000 на кредитование рабочего жилстроительства.

Помимо этого, на рост расходной части бюджета соцстраха не могли не влиять в известной степени и некоторые дефекты законодательно-организационного характера, особенно в области обеспечения при временной нетрудоспособности и инвалидности. Основным из этих дефектов является неурегулированность вопроса о контроле за освобождением от работ по случаю болезни, а также вопроса о руководстве делом установления инвалидности (врачебной экспертизы).

Ослабление страхового бюджета вызвано в известной мере также нарушением рядом страховых органов финансовой дисциплины и их неправильной оперативной и хозяйственной деятельностью. Особенно серьезно эти нарушения проявились в работе страховых органов по обеспечению застрахованных домами отдыха и санаторно-курортной помощью. Достаточно указать, что перерасход на эти виды помощи в сравнении с разрешенными Цусстрахом суммами выразился в сумме свыше 3 миллионов рублей.

Далее, в ряде республик имело место значительное расходование страховых средств не по прямому назначению. Так, на Украине был вынесен ряд постановлений об ассигновании средств страховых фондов на содержание яслей при клубах, постройку больницы в Луганске, на детскую оздоровительную кампанию, на финансирование Комборбеза и т. д.

Такие же постановления были вынесены в РСФСР (больничное строительство в Иваново-Вознесенске, на Урале), в БССР — на финансирование органов Наркомпроса, в Узбекистане—на больничное строительство.

Подобного характера постановления выносились и местными исполкомами. Так, Курский исполком распорядился выдать из страхфондов «заимообразно» 20.000 р. табачной фабрике, Гомельский ГИК предложил страхкассе приобрести акции «рабочего издательства», Северо-Кавказский Крайисполком ассигновал 50.000 р. из страховых средств на улучшение быта грузчиков, а комитет кассы выдал исполкому «заимообразно» 15.000 р., и т. д., и т. д.

К сожалению, от исполкомов не отстают в этом отношении и некоторые отдельные совпрофы. Напр., Кубанской кассе предписывается отпустить совпрофу 5.000 р. на организацию детплощадок, Кирсовпрофу—2.000 р. на созыв пленума ОСПС и т. д.

Помимо такого прямого из'ятия страховых средств на посторонние цели, на местах нередко бывали случаи вмешательства как отдельных совпрофов, так и ГИК'ов в операционную деятельность страховых касс путем понуждения их к повышению действующих норм обеспечения, сложению задолженности, приостановке бесспорно-принудительного взыскания и т. д. Так, в Ярославле ГСПС были установлены процентные надбавки к пособиям по безработице, в Смоленске касса под нажимом профорганизаций самовольно повысила максимум пособий по временной нетрудоспособности и т. д. Такого рода факты имели место и в ряде других городов (Москва, Ленинград, Северный Кавказ и т. д.).

И если при этом добавить, что расходование страховых средств не по прямому назначению производилось нередко как раз в тех кассах, которые в то же время месяцами не выплачивали пособий и пенсий рабочим за недостатком средств, то станет ясно, насколько эти расходы вредно отражались на всей финансовой работе страховых органов.

Не менее вредно отражались на финансовой устойчивости соцстраха и нарушения финансовой дисциплины местными страхорганами, произведенные по их собственной инициативе. А такие нарушения имели место в ряде районов. Так, Белорусским Главсоцстрахом были повышены нормы пенсий инвалидам труда, Украинским—проведено обеспечение по безработице значительного круга лиц, не работавших по найму (одиноких женщин, выходцев из детдомов), Ленинградской Страхкассой было постановлено отпустить 100.000 р. на рабочее жилстроительство, повысить максимум пособий по болезни до 15 руб. и т. д., и т. д. Таких примеров можно было бы привести немало.

Все перечисленные выше факторы, содействовавшие понижению доходов соцстраха и повышению (отчасти искусственному) его расходов, настолько обострили финансовое положение соцстраха к началу 1925—26 г., что вопрос о плановом регулировании страховых фондов потерял свой академический характер не только для центра, но и для местных органов, особенно дефицитных. Потребность дефицитных касс транспорта и промышленных районов в постоянной дотации возросла до такой степени, что отпуск их исключительно за счет сумм 10-проц. отчислений во Всесоюзный страховой фонд грозил полным истощением этого фонда и срывом всей дотационной работы. Это обстоятельство выдвинуло на очередь вопрос о необходимости регулярного перераспределения средств местных страховых органов в зависимости от их финансовой мощности.

Одним из первых шагов в этом направлении явилось постановление Союзного Совета Социального Страхования об установлении дифференциальных отчислений в централизованные

Всесоюзный и республиканские фонды. По этому постановлению страховые органы с избыточным бюджетом обязаны были, сверх обязательных для всех страхорганов 10-проц. отчислений во Всесоюзный фонд, отчислять еще дополнительно от 5 до 15% всех своих поступлений (за исключением лечфонда) в централизованные фонды.

Но в истекшем хозяйственном году это постановление Союзного Совета выполнялось местными органами весьма вяло. Это об'ясняется новизной самого мероприятия, с одной стороны, и недостаточной дисциплинированностью (особенно в области финансовой политики) — с другой. За время с 1 апреля 1925 г. по 1 апреля 1926 г. это постановление Союзного Совета было выполнено полностью всего лишь 7% касс, обязанных производить дополнительные отчисления, 30% касс производили эти отчисления полностью, но не регулярно, 36% производили неполные отчисления, а 27% совершенно не выполняли этого обязательного для них постановления высших органов.

Это обстоятельство, а также резкое повышение расходов страховых органов, усилившиеся в связи с этим потребности в дотациях для дефицитных касс и необходимость мобилизации значительных средств на кредитование жилстроительства вынудили Цусстрах провести через законодательные органы новое «положение» о страховых фондах, по которому Цусстраху предоставлено право (с разрешения Союзного Страхового Совета), помимо регулярного перераспределения страховых средств при помощи дифференциальных отчислений, производить непосредственные из'ятия излишков средств из благополучных районов. Эта мера была проведена по отношению к ряду местных страховых органов, что дало возможность перебросить из этих районов свыше 11 миллионов рублей и выполнить обязательства Цусстраха как по отношению к дефицитным кассам. так и в отношении кредитования рабочего жилстроительства.

Такая форма регулирования, само собой разумется, не может быть признана нормальной и желательной. Но до последнего времени работе по установлению и проведению дифференциальных отчислений мешало отсутствие регулярной финансовой отчетности. Это не давало руководящим органам соцстраха возможности систематически наблюдать за движением поступлений и расходов на местах и планомерно маневрировать местными фондами. Работа по устранению этого дефекта. начатая в 1924 г. установлением единообразных форм счетоводства, закончена в истекшем 1925—26 г. изданием обязательных форм балансовой отчетности и смет. Проведение всех намеченных Цусстрахом мероприятий в области уточнения учета даст ему возможность перейти от внеплановых единовременных из'ятий средств, нарушающих нормальную финансовую работу

страховых касс, к плановому регулированию страховых фондов путем дифференциальных регулярных отчислений.

Переход к планомерному регулированию страховых фондов во всесоюзном масштабе выразился в 1925—26 г. не только в установлении дифференциальных отчислений, но и в построении всей финансово-оперативной деятельности страховых органов на базе общего финансового плана и ориентировочного бюджета. Бюджет этот мог быть построен только на основании общих статистических данных страхорганов Союза ССР за предыдущие годы, а не ориентировочных бюджетов местных органов, так как бюджетно-плановая работа на местах находилась еще в зачаточном состоянии.

Ориентировочно бюджет на истекший хозяйственный год был намечен без дефицита в сумме 452 млн. рублей, но выполнение бюджета в течение первых трех кварталов этого года показало, что предположения Цусстраха о бездефицитности не оправдались.

По ориентировочному бюджету доход за первые три квартала должен был выразиться в сумме 325 млн. рублей, а расход — 311 млн. руб. и остаток от операций за эти кварталы на покрытие повышенных расходов в IV квартале — в сумме 14 млн. рублей. Фактически же доход выразился в сумме 339,2 млн. руб., а расход—361,7 млн. руб. Таким образом вместо предположенного остатка в 14 млн. руб. первые три квартала дали перерасход в 22,5 млн. руб. Выполнение бюджета по доходу и расходу за эти кварталы характеризуется следующей табличкой:

	I квартал		II квартал		III квартал		Всего за три квартала	
	В миллионах рублей							
	Предпол. по бюдж.	Фактич.	Предпол. по бюдж.	Фактич.	Предпол. по бюдж.	Фактич.	Предпол. по бюдж.	Фактич.
Приход	104,1	106,0	108,5	112,8	112,5	120,4	325,1	339,2
Расход	90,9	100,4	101,9	121,9	118,4	139,4	311,2	361,7
Итого	+ 13,2	+ 5,6	+ 6,6	— 9,1	— 5,9	— 19,0	+ 13,9	— 22,5

Как видно из этой таблицы, расхождение страховых «ножниц» в соотношении между доходом и расходом росло из квартала в квартал так же, как и расхождение между предполагаемыми по бюджету и фактическими поступлениями и особенно расходами страховых органов.

Данные о движении прихода по кварталам указывают прежде всего на то, что абсолютная сумма доходов соцстраха

повышалась из квартала в квартал. Это обстоятельство об'ясняется, прежде всего, ростом числа застрахованных и повышением размера средней зарплаты. Что касается застрахованных, то число их с октября 1925 г. по июнь 1926 г. возросло с 7,6 млн. до 8,3 миллионов, а средняя месячная зарплата повысилась с 51 р. 29 к. в первом квартале до 56 р. 21 к. в третьем.

Однако, на-ряду с этими благоприятными факторами, в третьем квартале истекшего года обнаружилось и некоторое снижение процента взимания страховых взносов, против предположенного по бюджету (вместо 96% с причитающихся взносов поступило лишь 95,1%). Это снижение процента поступления имело своим последствием накопление весьма значительной задолженности, как по учреждениям государственного и местного бюджета, так и по хозрасчетным органам. Так, по УССР задолженность по взносам на соцстрахование с 1 окт. 1925 г. по 1 августа 1926 г. выросла с 12,8 млн. руб. до 17,4; по РСФСР (без пени) с октября 1925 г. по 1 июля 1926 г.—с 29,2 млн. до 40,3 млн. рублей.

Переходя к анализу расходной части бюджета, приходится прежде всего отметить, что превышение фактических расходов над предположенными по бюджету проявилось неодинаково в отдельных статьях расхода. Превышение это по отдельным статьям выразилось в следующих цифрах:

Сравнительная таблица предположенных по бюджету и фактических расходов страхорганов за первые три квартала 1925—1926 г. (в миллионах рублей).

Статьи расхода	Предположенный расход по бюджету		Фактический расход		Против бюджетных предполож. в абсол. цифрах	
	В абсол. цифрах	В проц. к итогу	В абсол. цифрах	В проц. к итогу	Превышение	Уменьшение
1. Пособия по временной нетрудоспособности . .	111,0	35,7	140,2	38,8	29,2	
2. Пособия по дополнительным видам (роды и погребение) . . .	52,1	16,7	55,8	15,4	3,7	
3. Расходы по обеспечению инвалидов, вдов и сирот рабочих	73,8	23,7	78,3	21,6	4,5	
4. Расходы по безработице	31,8	10,2	34,4	9,5	2,6	
5. Санаторно - курортная помощь и дома отдыха	17,0	5,5	20,3	5,6	3,3	
6. Организационные расходы	15,5	5,0	20,2	5,6	4,7	
7. Кредитование рабочего жилстроительства . . .	10,0	3,2	9,0	2,5	—	1,0
8. Прочие расходы, не предусмотренные бюджетом	—	—	3,5	1,0	3,5	—
Итого	311,2	100,0	361,7	100,0	51,5	1,0

Приведенная таблица показывает, что почти полное совпадение намеченных бюджетом сумм с фактически израсходованными дали расходы по дополнительным видам обеспечения (на роды и погребение) и пенсионированию. Обращают на себя внимание три крупных перерасхода: по временной нетрудоспособности, санаторно-курортной помощи и орграсходам. Увеличение расходов на безработицу является естественным ввиду роста безработицы во втором и третьем квартале среди некоторых групп индустриальных рабочих и служащих. Перерасход по временной нетрудоспособности является результатом колоссального роста числа оплаченных дней, об'ясняемым отчасти эпидемией гриппа, но главным образом—неудовлетворительностью нашей системы предоставления отпусков по больничным листкам и небрежностью, с которой эти листки во многих местах выдаются. Что же касается перерасхода по орграсходам, то он об'ясняется, главным образом, тем, что в бюджете было намечено слишком резкое снижение этих расходов (с 6,75% по отношению к общей сумме расходов в 1924—25 г. предположено было снижение сразу до 4,7% в 1925—26 г., а фактически эти расходы удалось снизить лишь до 6%). Вместе с тем нельзя не указать, что страховые кассы нередко относились небрежно к расходованию страховых средств на оргнужды, увлекаясь строительством и т. п. мероприятиями, не вызываемыми острой необходимостью.

Обращают на себя также внимание «прочие расходы, не предположенные по бюджету», в сумме 3,5 млн. руб. Сюда, главным образом, входят суммы расходов не по прямому назначению, произведенные страхкассами как под давлением местных органов, так и по собственной инициативе, на что было указано выше.

Перерасход по бюджету повлек за собою значительное ослабление резервно-оперативных средств соцстраха. Средства эти составляли во всех кассах вместе с Цусстрахом и Главсоцстрахами на 1 октября 1925 г. 76 млн. руб., а на 1 января — 81 млн. руб. Уже в этом незначительном повышении заметно «с'едание» остатков, ибо первый квартал 1925—26 г., как осенне-зимний, должен был дать более серьезные накопления (общеизвестно, что расходование средств соцстраха имеет сезонный характер, усиливаясь летом за счет зимних накоплений). Еще хуже обстоят дела во втором—зимне-весеннем и третьем—весенне-летнем квартале: на 1 апреля суммы резервов спускаются до 66 млн. руб. и на 1 июня—до 58 млн. р. Еще разительнее выявляется это уменьшение резервов соцстраха, если перевести эти суммы на дневные запасы. Тогда мы получим на 1 октября 58-дневный запас, на 1 января—53-дневный, на 1 апреля—33-дневный и на 1 июля—32-дневный запас.

Возвращаясь к бюджету истекшего 1925—26 г., приходится прежде всего отметить, что при построении его имелось в виду провести внутреннее перемещение отдельных статей расходов с таким расчетом, чтобы повысить удельный вес обеспечения по инвалидности, значительно отставшего. В этом были заинтересованы не только застрахованные, но и промышленность, которая получила бы благодаря этому возможность освободиться от значительных кадров инвалидов, застрявших в предприятиях благодаря низким нормам пенсионного обеспечения.

Ввиду этого бюджет 1925—26 г. в сравнении с фактическим расходом за 1924—25 г. имел такой вид:

Сравнительная таблица распределения отдельных статей расхода за 1924—1925 г. и в ориентировочном бюджете на 1925—1926 г. (в проц. отношении к общей сумме расходов).

Название расходов	Фактические расходы на 1924—25 г.	Предположения по бюджету на 1925—26 г.
Временная нетрудоспособность	37,7	34,7
Дополнительные пособия	14,9	15,8
Обеспечение по инвалидности	20,6	25,7
» » безработице	10,0	10,3
Дома отдыха и санатории	8,5	4,4
Орграсходы	6,8	4,7
Кредитование рабжилстроя	—	4,4
Прочие расходы	1,5	—
	100,0	100,0

Предполагалось уменьшить удельный вес расходов по временной нетрудоспособности снижением числа оплаченных дней болезни, а также санаторно-курортной помощи и орграсходов. Но, как было указано выше, жизнь опрокинула эти предположения: удельный вес расходов по временной нетрудоспособности не только не уменьшился, но еще больше возрос, вследствие чего пришлось отсрочить проведение новых пенсионных норм до 1 июля 1926 г.

Предварительный грубый подсчет бюджета социального страхования на 1926—27 год показывает, что при сохранении существующих норм всех видов страхового обеспечения неизбежен дефицит. О покрытии этого дефи-

цита за счет резервных средств соцстраха не может быть и речи, так как резервные средства страховых органов в настоящее время являются и без того минимальными, и дальнейшее их сокращение поставило бы под угрозу устойчивость всей финансовой базы соцстраха.

Отсюда вытекает необходимость пересмотра всех расходных статей бюджета и перегруппировки внутреннего распределения расходов в страховом бюджете таким образом, чтобы по возможности свести бюджет без дефицита. Этот пересмотр внутреннего распределения расходов вызывается также и тем обстоятельством, что при наличии сравнительно высокого уровня обеспечения по одним видам страхования наблюдается отсталость такого важного вида социального страхования, как обеспечение по безработице. Как видно из отчетных данных, расходы по обеспечению безработных составляли за первые три квартала 1924—25 г. 10,9% всего расходного бюджета соцстраха, а за эти же кварталы 1925—26 года—лишь около 9,5% расхода. Это относительное падение расхода (при увеличении абсолютной его суммы) по страхованию от безработицы происходило в то время как безработица не только не сократилась, но несколько даже обострилась за счет некоторых индустриальных групп. Это обстоятельство диктует необходимость проведения ряда мероприятий по повышению удельного веса расходов на обеспечение безработных в общем страховом бюджете.

Исключительно тяжелое положение соцстраха требует принятия энергичных мер по увеличению его доходов и возможному сокращению расхода. Одним из основных мероприятий по усилению доходной части бюджета является стабилизация средней ставки страхового тарифа. Это может быть достигнуто только полным отказом от дальнейшего распространения льготного тарифа на предприятия, проходящие по нормальному тарифу. В тех же исключительных случаях, когда такое предоставление льгот по соцстраху отдельным предприятиям является неизбежным, это должно быть компенсировано одновременным повышением тарифа для других предприятий с соответствующим контингентом застрахованных.

Одновременно с этим страховые органы должны развить максимальную энергию в деле взыскания текущих страховых взносов и ликвидации накопившейся задолженности, не допуская ни в коем случае образования ее в дальнейшем.

При взыскании страховых взносов страховые органы не должны останавливаться перед жестким применением всех предоставленных им законом прав — вплоть до привлечения в соответствующих случаях к уголовной ответственности неплательщиков и взыскания причитающихся сумм в бесспорно-принудительном порядке.

Профессиональные союзы должны оказать страховым органам в этой их работе всемерное содействие и активную поддержку.

Помимо этого, страховым кассам необходимо углубить свою работу по постановке учета причитающихся сумм и контроля за правильностью их исчисления и своевременным поступлением.

Практика страхорганов показывает, что в этом деле далеко не все обстоит благополучно.

Полное и своевременное взыскание всех причитающихся сумм возможно только при условии своевременного получения установленных законом деклараций страхователей (расчетных ведомостей) о суммах выплаченной заработной платы. Между тем, учет этих сумм поставлен в большинстве страховых касс далеко не удовлетворительно. Причина этого зла заключается не столько в плохой постановке книг, лицевых счетов и т. д., сколько в несвоевременном доставлении страхователями этих деклараций и в слабом контроле (а кое-где и в полном отсутствии его) за правильным начислением страховых взносов. Устранение этих дефектов не представляет для страховых касс никаких затруднений. Проведенный Цусстрахом через высшие органы закон от 30 июня 1925 г. предоставил страхкассам достаточно серьезное оружие в борьбе с этим злом, в виде права наложения штрафа административным порядком за несвоевременное доставление необходимых кассам сведений и привлечения к уголовной ответственности за доставление неправильных сведений. Если бы каждый случай нарушения этого закона повлек за собой соответствующие репрессии с оповещением о каждом таком случае в местной печати, то такие нарушения стали бы, вероятно, редкостью в нашей практике.

Эту работу по «воспитанию» страхователя необходимо проводить упорно изо дня в день, не считаясь ни с лицами, ни с учреждениями: если не всегда возможно и целесообразно применение репрессий за несвоевременную уплату страховой задолженности, то небрежное отношение страхователя к возложенной на него законом обязанности своевременно извещать страхкассу о причитающихся с него суммах может и должно влечь за собою применение соответствующей кары.

Особо строгое отношение должно быть установлено к страхователям, виновным в сокрытии от страхорганов подлежащих обложению страховыми взносами сумм заработной платы. А такие случаи сокрытия практикуются не только частными хозяйчиками, но, к стыду нашему, и некоторыми не в меру ретивыми руководителями государственных и кооперативных предприятий. Такие безобразные явления, как «обсчет» советским хозорганом советской же страховой рабочей организации—не

должны иметь места в практике страховых касс; с этим злом необходимо бороться самым жестким образом.

Переходя к мероприятиям по оздоровлению расходной части бюджета, необходимо, прежде всего, с полной ясностью указать, что, как видно из приведенных выше расчетов, без серьезного сокращения отдельных статей расходов бездефицитное сведение бюджета представляется совершенно невозможным.

Но само собой разумеется, это сокращение расходов должно быть проведено таким образом, чтобы это отразилось по возможности менее болезненно на нуждах застрахованных. Поэтому, в первую очередь, необходимо сократить административно-хозяйственные расходы, сжать до крайних пределов строительство и т. д.

Что касается операционных расходов, то проведение экономии должно проявиться в следующем.

Основным мероприятием по уничтожению непроизводительных расходов в области временной нетрудоспособности должно быть скорейшее урегулирование вопроса о порядке контроля за освобождением от работы по болезни. Необходимо в срочном порядке добиться передачи врачебно-контрольных комиссий в ведение страховых органов, а также установить такой порядок, при котором право освобождения от работы по болезни было предоставлено не всем здравотдельским врачам, а тем из них, которые включены в согласованный с местной страхкассой список. Кроме того, необходимо принять энергичные меры к установлению действительной ответственности врачей за небрежное предоставление отпусков по болезни, применяя все меры воздействия—вплоть до предания суду и отстранения от должности.

На-ряду с этим необходимо усилить работу страхорганов по установлению контроля на дому с привлечением к этому делу страховых делегатов из низовых проф'ячеек и специального кадра врачей-контролеров.

Кроме того, в связи с тем, что на рост числа оплаченных по болезни дней имеют немалое влияние прогулы, вызванные острым опьянением (похмелье, драки и т. д.), необходимо отказаться от оплаты кратковременных пьяных прогулов (до 3-х дней). Проведение этой меры необходимо не только в интересах соцстраха, но и в целях борьбы с этими прогулами, расшатывающими трудовую дисциплину и понижающими производительность труда на предприятиях. На рост числа оплачиваемых по болезни дней, помимо перечисленных факторов, влияет также действующая ныне система исчисления размера пособия по временной нетрудоспособности, приводящая к тому, что в отдельных районах и по отдельным группам рабочих и служащих (например, сезонных) пособие превышает заработную плату (подробно см. об этом в главе «Круг застрахованных и страховое обеспечение»).

Этот дефект в работе страховых органов должен быть также устранен в возможно срочном порядке.

Точно также нуждается в пересмотре существующий ныне порядок выдачи пособия по беременности застрахованным женщинам, независимо от их стажа работы по найму. Этот порядок открывает возможность преднамеренного поступления на кратковременную работу (или, вернее, зачисление на нее) беременных женщин, с целью перехода на 4-месячное иждивение страхкассы. Необходимо установить некоторый (хотя бы в несколько месяцев) обязательный стаж работы по найму, без наличия которого пособие по беременности не должно выдаваться.

Непроизводительные расходы в области пенсионирования могут быть сокращены, прежде всего, упорядочением работы Бюро Врачебной Экспертизы по установлению степени утраты трудоспособности.

Помимо этого, в целях ограждения страховых органов от притока пенсионеров, никогда не работавших по найму, необходимо установить требование определенного стажа работы по найму не только от стариков свыше 50 лет, но и от остальных инвалидов. Самой собой разумеется, что длительность стажа должна быть установлена в соответствии с возрастом инвалида и только в отношении лиц, потерявших трудоспособность вследствие общих заболеваний: увечных инвалидов, пострадавших от профзаболеваний, это ограничение касаться не должно.

Выше было указано на необходимость повышения удельного веса расходов по безработице в общем бюджете соцстраха.

Это повышение будет достигнуто мероприятиями по расширению круга обеспечиваемых по безработице и увеличению норм обеспечения, перечисленными в главе «Круг застрахованных и страховое обеспечение».

Но одновременно с этим, необходимо также принять меры к сокращению непроизводительных расходов по обеспечению пособием лиц, занятых в производствах, в которых определенные сезонные перерывы представляют нормальное явление (водники, строители и т. д.).

Выдача пособий по безработице этим лицам в период мертвого нерабочего сезона должна быть ограничена коротким сроком.

В области обеспечения застрахованных санаторно-курортной помощью необходимо, прежде всего, удешевить стоимость койко-дня путем улучшения методов хозяйствования. Кроме того, страховым органам придется, очевидно, пойти на сокращение числа бесплатных коек в дорого стоящих южных курортах, заменив их соответствующим числом коек в домах отдыха. Эти освободившиеся койки на южных курортах возможно будет предоставить за плату членам профсоюзов на льготных условиях в зависимости от заработка каждого больного.

Но перечисленные выше мероприятия, несомненно, окажутся недостаточными, чтобы ликвидировать брешь, образовавшуюся в страховом бюджете. В целях бездефицитного сведения бюджета и сохранения достигнутого уровня обеспечения по основным видам страхования придется, очевидно, пойти по пути сокращения дополнительных видов обеспечения, поглощающих весьма значительные средства и в то же время не играющих столь серьезной роли в бюджете застрахованного.

Первым шагом в этом направлении явилась стабилизация размера этих пособий, произведенная 1 января 1926 г. Необходимо пойти по пути дальнейшего снижения размера этих пособий, особенно в сельских местностях, где несоответствие действующих норм с бюджетом сельского рабочего особенно бросается в глаза и нередко вызывает недоумения среди незастрахованных крестьян.

Кроме того, необходимо установить требование для лиц, получающих пособия на кормление ребенка и предметы ухода за ним, того же стажа работы по найму, какой будет предусмотрен для получения пособия по беременности.

Все намеченные нами мероприятия приведут к оздоровлению страхового бюджета только при том, однако, непременном условии, если страховые фонды не будут нагружены новыми, не предусмотренными действующим ныне законодательством, расходами, и страхорганы прекратят практиковавшееся до сих пор расходование страховых фондов не по прямому назначению.

Последнее может быть достигнуто лишь при условии поднятия бюджетной дисциплины внутри страховой организации. Этому вопросу профсоюзы должны уделить особое внимание. Всякий перерасход против утвержденной сметы, всякое незаконное действие, влекущее материальный ущерб для соцстраха, должны строго преследоваться — вплоть до снятия ответственного руководителя соответствующей страховой организации с занимаемого им поста, а в необходимых случаях—и предания его суду.

Страховые средства — на дело социального страхования; никаких расходов вне бюджета и утвержденных смет, ни одной копейки на посторонние, хотя бы и самые благие, цели,— под знаком этих лозунгов должна быть построена вся финансово-оперативная работа органов социального страхования.

II. КРУГ ЗАСТРАХОВАННЫХ И СТРАХОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ.

Круг застрахованных.

Кодекс Законов о Труде распространяет социальное страхование на всех без исключения, лиц, работающих по найму. Вполне понятно, что осуществление этого принципа по найму. условиях большой распыленности населения и, в частности, наличия значительного количества одиночек-рабочих, распыленных по мелким предприятиям и хозяйствам,—чрезвычайно затруднительно. Основные кадры пролетариата в течение 1924—26 г.г. были охвачены социальным страхованием. Это явствует хотя бы из того, что в 1924—25 г. (в среднем за год) из общего числа лиц наемного труда (по исчислению т. Гухмана) в 8.500.000 чел. было охвачено соцстрахованием свыше 6.600.000 чел., т.-е. около 80%. Не страховались фактически, главным образом, батрацкая масса и распыленные по мелким предприятиям и хозяйствам рабочие.

Теперь перед страхорганами стоит задача вовлечь в соцстрахование и те группы, которые до сих пор не страховались. В отдельных местах этому вопросу уделялось внимание и, например, много сделано в отношении охвата соцстрахованием домашней прислуги. Отчасти этому способствовало и снижение взносов за прислугу.

Чтобы облегчить страхование распыленных рабочих и служащих, желательно проработать вопрос о применении к мелким страхователям марочной системы взимания взносов, при которой уплата взносов производится путем наклейки на страховую книжку и погашения марок, покупаемых нанимателем на почте, в банке и т. д.

В ряде мест начало проводиться страхование батраков. Циркуляром Цусстраха и Всеработземлеса в 1924 г. были уста-

новлены некоторые облегчения для крестьянских хозяйств: допускалось освобождение от страхования батраков-одиночек, если наниматель принимал на себя частичное обеспечение батрака, и установлено было частичное страхование (взносы равны 4½% зарплаты) в хозяйствах с числом батраков до 5.

В апреле 1925 г. СНК СССР издал «Временные правила об условиях применения подсобного наемного труда в крестьянских хозяйствах»; согласно этих правил Союзный Страховой Совет должен был установить льготные правила и нормы социального страхования для крестьянских хозяйств. Это оказалось чрезвычайно трудным делом, потребовавшим большой проработки, но в результате был разработан согласованный с ЦК союза сельхозлесрабочих законопроект. При разработке этого вопроса пришлось считаться с целым рядом соображений: во-первых, с необходимостью снижения размера взносов до таких пределов, чтобы они были посильны крестьянскому хозяйству и не послужили толчком к усилению сельской безработицы; затем пришлось учесть, что в деревне совсем другой уровень жизни и другие потребности, чем в городе, да и сельский пролетариат настолько тесными нитями связан с крестьянством, что к применению отдельных видов обеспечения нужно подходить очень осторожно (напр., нельзя страховать по общей инвалидности батраков, не страхуя по этому виду одновременно бедняцкие и середняцкие элементы крестьянства). Наконец, нужно было построить всю систему страхования батрачества на началах самоокупаемости, т.-е. таким образом, чтобы расходы по обеспечению и организационные расходы не выходили за пределы поступающих взносов, так как, понятно, нельзя создавать льгот крестьянскому хозяйству за счет промышленных рабочих. Ввиду всего этого встал вопрос о сокращении об'ема обеспечения батраков. Для них были намечены следующие виды обеспечения: 1) по временной нетрудоспособности (в несколько ограниченных пределах), 2) дополнительные пособия (в сокращенном размере), 3) обеспечение по случаю инвалидности и смерти, вызванных трудовым увечьем. При этом для экономически более сильных хозяйств намечено обязательное страхование, для более слабых—добровольное, но тоже за счет нанимателя. Взносы построены с таким расчетом, чтобы более сильные хозяйства несли часть расходов по обеспечению батраков, занятых в более слабых хозяйствах. Издание временных правил от 18 апреля 1925 г., внесших существенные изменения в прежде действующие постановления по страхованию батрачества, но не проведенных в этой части в жизнь (так как соответствующее постановление до сих пор не издано), создало разнообразную практику страхорганов в этой области их работы. Например, Сев.-Кав. крайкомстрахкасс ввел самостоятельно обеспечение батраков по без-

работнице. Были попытки издать свои постановления в Сибири. на Урале, в Башкирии, но Главсоцстрах РСФСР предложил воздержаться от издания их.

Фактическое осуществление страхования батрачества зависит в значительной мере от степени проникновения страховых органов в сельские местности. С другой стороны, отсутствие достаточно достоверных данных о численности батрачества и распределении его по различным типам хозяйств не дает возможности произвести точные расчеты стоимости страхования. Это заставляет Цусстрах подходить к страхованию батрачества очень осторожно. Здесь рассчитывать на быстрое движение вперед не приходится. Строить страховую организацию в сельских местностях, способную фактически обслуживать распыленную массу, очень трудно. Поэтому осуществление страхования батрачества предполагается проводить постепенно, по отдельным районам, по мере развития страховой сети и накопления опыта.

Советское социальное страхование не в полном об'еме распространяется еще на одну категорию лиц наемного труда,—сезонных и временных рабочих, для которых их работа не является основным источником средств к существованию. Оно исходит при этом, главным образом, из особенностей социального состава этой группы—полупролетарского ее характера. Это—по преимуществу крестьяне, отправляющиеся на сезонные работы в качестве отхожего промысла. Полное их обеспечение совершенно не оправдывалось бы, так как заработок на промысле не является их основным источником существования, а скорее служит подспорьем их крестьянскому хозяйству. Поэтому для них введено было частичное страхование по тем видам, которые имеют самое непосредственное отношение к работе (временная нетрудоспособность, медпомощь, инвалидность вследствие увечья). Необходимо отметить, что страхование сезонных и временных рабочих является одним из слабых мест социального страхования. Первоначальные списки сезонных и временных работ, подлежащих частичному страхованию, были составлены с недостаточной тщательностью (например, под частичное страхование первоначально попали рабочие рафинадных заводов—часто чистые пролетарии). С другой стороны, при нынешней системе выдачи пособий возможны случаи, когда лица, страхуемые частично, получают обеспечение по тем видам, по которым они не страхуются, так как касса не имеет сведений, является ли данное лицо частично или полностью застрахованным.

Перед Цусстрахом стоит задача в дальнейшем уточнить списки сезонных и временных работ, на которые должно распространяться частичное страхование. В них должны быть включены все работы, где по преимуществу занят крестьянский

элемент, связанный с землей, и не должно быть допущено частичное страхование для работ, где по преимуществу занят пролетарский элемент. Вся эта работа по разработке списков проводится Цусстрахом при ближайшем участии союзов и хозорганов. Кроме того, нужно выработать такой порядок назначения пособий и пенсий, при котором лица, застрахованные частично, не обеспечивались бы полностью.

Обеспечение при временной нетрудоспособности.

Переходя к вопросам обеспечения застрахованных, мы, прежде всего, остановимся на обеспечении по временной нетрудоспособности. Этот вид обеспечения имеет наибольший удельный вес в социальном страховании, поглощая около 35% расходной части страхового бюджета.

Основным принципом нашего страхования по временной нетрудоспособности является возмещение при заболевании полного заработка. Ограничение у нас введено лишь для высоко оплачиваемой группы рабочих и служащих: пособие не может превышать 180 руб. в месяц. Это ограничение касается, однако, лишь в очень незначительной степени рабочих (около 1%), затрагивая в основном лишь верхушку среди служащих (главным образом, специалистов). Установленная в законе норма пособия полностью соблюдается. Это видно хотя бы из того, что средний размер пособия по временной нетрудоспособности вследствие общих заболеваний и увечий (без беременности и родов) составлял в первом квартале 1925—26 г. 100,5%, а во втором квартале 1925—26 г.—101,5% средней зарплаты всех застрахованных.

Однако, в нашей системе исчисления пособий по временной нетрудоспособности не все благополучно. Существовавший до настоящего времени способ исчисления пособий был недостаточно гибок, не отражая разнообразия способов оплаты труда и условий работы. При наличии правила полной оплаты заработка за каждый пропущенный по болезни календарный рабочий день, естественно, создается стремление к симуляции болезни у некоторой части рабочих из тех категорий, которые работают неполный рабочий месяц, у которых имеются нерабочие дни сверх нормальных дней отдыха (забойщики, грузчики, машинисты на жел. дор. и т. д.). Во всех этих случаях пособие выплачивалось даже тогда, когда застрахованный, будучи здоров, не имел заработка. Точно такие же ненормальности имели место и при выплате пособий рабочим, занятым на работах, носящих сезонный характер. Практика московских касс показывает, что у строителей к концу сезона замечается рост заболеваемости: в значительной мере это об'ясняется существованием правила, что пособие по временной нетрудоспособности выдается до выздоровления, хотя бы за

время болезни окончилась работа, на которой был занят рабочий.

Нужно сказать, что в ряде мест практика страхкасс еще усугубляла эти недостатки законодательства. В Астрахани, например, строителям пособие выдавалось в размере тарифной ставки, независимо от того, наступила ли болезнь во время рабочего сезона или после его окончания. В Саратове пособие выдавалось им в полном размере, если нетрудоспособность наступала в течение трех дней после прекращения работы. В Грузии часть строителей вовсе исключили из страхования по временной нетрудоспособности, а выплату пособия другой части обусловили фактической уплатой взносов, при чем пособие выдавали в размере тарифной ставки.

Все это заставило Цусстрах заняться пересмотром порядка исчисления пособия по временной нетрудоспособности. В настоящее время эта работа заканчивается.

По проекту Цусстраха, за основу исчисления пособия принимается, как правило, полный заработок рабочего за три последних месяца, при чем изменения в зарплате за месяц болезни в расчет не принимаются; для рабочих же и служащих с повременной оплатой труда за основу принимается оклад с учетом только систематических, не случайных приработков. В отношении тех групп рабочих и служащих, которые работают неполный рабочий месяц и имеют не определенные заранее выходы, или рабочее время которых учитывается помесячно (напр., некоторые категории на жел.-дор. транспорте), устанавливается правило, что сумма пособия вместе с заработком в месяц болезни не должна превышать их заработка за время, предшествующее болезни. Далее, предполагается ограничить выдачу пособия по беременности и родам только теми женщинами, которые определенное время до момента наступления отпуска по беременности проработали по найму (три месяца непрерывно или шесть месяцев в течение последнего года). Эта мера вызывается тем, что наблюдались случаи специального поступления на временную работу беременных с целью получения пособия. Наконец, имеется в виду выдачу пособия рабочим, занятым на работах, продолжающихся по своему характеру не круглый год (некоторые категории водников, строителей и т. п.), ограничивать периодом сезона работы, с тем, чтобы в случае продолжения болезни по окончании сезона пособие выдавалось с момента окончания сезона в размере пособия по безработице.

Движение числа оплаченных дней временной нетрудоспособности (без беременности и родов) по СССР на 100 застрахованных за истекший период видно из следующей таблицы:

Месяцы	1924—25 г.	1925—26 г.
Октябрь	66,7	76,0
Ноябрь	59,0	70,1
Декабрь	67,4	79,6
Январь	66,0	70,6
Февраль	67,5	77,9
Март	69,1	96,6
Апрель	65,9	96,0
Май	68,6	70,9
Июнь	70,7	69,9
Июль	75,3	—
Август	72,7	—
Сентябрь	74,3	—

Эта таблица указывает на определенный рост заболеваемости. Правда, в марте и апреле 1926 г. имела место эпидемия гриппа, но рост числа оплаченных дней мы наблюдаем в любом месяце 1925—26 г. (кроме июня), по сравнению с соответствующим месяцем 1924—25 г. Возросло за этот период и число случаев временной нетрудоспособности:

I полугодие	1924—25 г.	на 100 застр.	— 36,82 случ.
II „	1924—25 г.	„ „ „	— 37,86 „
I „	1925—26 г.	„ „ „	— 46,23 „

Очевидно, что на-ряду с влиянием гриппа имело место и усиление обращаемости. Частью это—нормальный процесс, связанный с приближением социального страхования к застрахованным, частью же мы здесь имеем дело с симуляцией, прогулами вследствие опьянения и т. д. В целом ряде касс было отмечено влияние продажи водки на усиление прогулов по болезни. Ряд касс реагировал на это введением ограничений при выдаче пособий по временной нетрудоспособности, вызванной острым опьянением (Астрахань, Самара, Нижний-Новгород, Урал, Сибирь). Цусстрах считает, что с прогулами, вызываемыми симуляцией, опьянением, неисполнением предписаний лечащего врача и т. д., необходимо решительно бороться, так как

они вредно отражаются не только на финансах страхкасс, но и на интересах народного хозяйства в целом. По предложению правительства, соответствующий проект был внесен Наркомтрудом в СТО.

Однако, основным мероприятием в этом направлении должно быть изменение системы предоставления отпусков по болезни и врачебного контроля, которая, как указал в своей резолюции IV пленум ВЦСПС, является «явно неудовлетворительной». «Эта система,—указано дальше в резолюции,—должна быть в корне изменена на началах передачи врачебно-контрольных функций (в частности, врачебно-контрольных комиссий) в ведение страховых касс и согласования со страхкассами списка врачей, пользующихся правом давать отпуск по болезни».

Следует отметить, что, благодаря усилению внимания страхорганов к деятельности ВКК, число оплаченных дней по временной нетрудоспособности в мае и июне 1926 г., т.-е. во время начала летних отпусков, почти не превышало числа оплаченных дней за те же месяцы 1924—25 г. (См. приведенную выше таблицу).

Дополнительные виды обеспечения.

Переходя к дополнительным видам обеспечения, следует указать, что по Кодексу Законов о Труде пособия по случаю рождения ребенка должны выдаваться в следующих размерах: на предметы ухода—в размере средней месячной зарплаты данной местности, а на кормление ребенка—ежемесячно в течение 9 месяцев—в размере ¼ средней зарплаты данной местности; пособие на погребение должно выдаваться в размере средней стоимости гражданских похорон, но не свыше средней месячной зарплаты данной местности.

В начале 1924—25 г. размеры всех этих пособий фактически значительно отставали от норм, предусмотренных Кодексом, и в течение времени 1924—26 г.г. размер пособий по дополнительным видам был значительно подтянут. С апреля 1925 г. было установлено, что пособие на предметы ухода за новорожденным должно выдаваться в размере 50% средней зарплаты данной местности, а на кормление ребенка—в размере ¼ этой суммы. Пособие же на погребение было установлено: для случаев погребения лиц старше 10-летнего возраста—в размере средней месячной зарплаты данной местности, а для случаев погребения лиц, не достигших 10-летнего возраста—в размере половины этой суммы. Так как одновременно с этим повышением норм шел и рост средней заработной платы, то нормы дополнительных пособий за время с октября 1924 г. сильно возросли. Это видно из следующей таблицы:

Движение размера дополнительных пособий по СССР *) за 1924—26 г.г. (в рублях).

Месяцы	Кормление	Предметы ухода	Погребение
Октябрь 1924 г.	—	13,57	13,47
Январь 1925 г.	—	13,96	14,00
Апрель 1925 г.	—	15,90	17,72
Июль 1925 г.	—	19,20	23,35
Октябрь 1925 г.	5,18	20,63	26,71
Январь 1926 г.	5,99	23,45	30,52
Апрель 1926 г.	5,82	23,17	29,70
Июнь 1926 г.	5,76	23,02	29,60

Эта таблица указывает, что дополнительные пособия с января 1926 г. прекратили свой рост. Об'ясняется это директивой Союзного Совета Социального Страхования о стабилизации с 1 января 1926 г. норм дополнительных пособий. Эта директива дана была потому, что к этому моменту начала замечаться дефицитность бюджета социального страхования, и признано было, что сравнительно более безболезненно можно провести экономию в расходовании страховых средств именно в области дополнительных видов обеспечения, так как иначе пришлось бы задеть основные виды страховых пособий.

Число выдач дополнительных пособий за 1924—26 г.г. приблизительно стабилизировалось, что видно из следующей таблицы:

Число ассигнованных пособий на 1000 застрахованных по СССР.

	На предметы ухода	На погребение
I полугодие 1924/25г.	66	23,2
II „ „	62,8	26
I „ 1925/26 г.	67,52	22,35
III квартал „	29,14	12,49

*) За 1924—25 г. без ДВО, Татреспублики, Калмыцкой и Монголо-Бурятской областей, Якутской АССР, ССР Грузии и Ленской водной кассы; за 1925—26 г. без ЗСФСР.

Все приведенные цифры показывают, что в области дополнительных видов обеспечения наше социальное страхование достигло значительного развития. Нужно, однако, сказать, что практика применения законодательства по этому вопросу указала целый ряд дефектов. Прежде всего, для некоторых категорий рабочих и служащих общие нормы дополнительных пособий оказались слишком высокими по сравнению с их бюджетом; в особенности это касается сельских местностей, где уровень жизни значительно ниже, чем в городах. Фактически это привело к тому, что эти чисто целевые пособия часто расходовались застрахованными совершенно не по назначению. Затем выяснилось, что нередко право на дополнительные пособия по случаю рождения ребенка использовалось лицами, обычно не работающими по найму и специально поступающими для этой цели на короткое время на работу. Наконец, неопределенность круга лиц, пользующихся правом на получение пособия на погребение умершего застрахованного, а также круга членов семьи застрахованного, на погребение которых выдается пособие, создало большую путаницу в применении закона. Имеют место и случаи злоупотребления этим пособием. Все это заставило Цусстрах наметить целый ряд существеннейших изменений и уточнений в ныне действующей системе дополнительных видов обеспечения. Соответствующий проект уже разработан. Предполагается обусловить выдачу пособий по случаю рождения ребенка определенным стажем работы по найму данного застрахованного (три месяца непрерывной работы до родов или шесть месяцев в течение года); пособия на погребение будут выдаваться в случае смерти только ближайших родственников застрахованного (родителей, супруга, детей), находившихся на его иждивении; в случае же смерти застрахованного пособие на его погребение будет выдаваться лишь его ближайшим родственникам.

Размер пособия предполагается значительно сократить, особенно для сельских местностей.

Обеспечение инвалидов труда и членов семей умерших застрахованных.

Наиболее крупные изменения за время с VI с'езда профессиональных союзов претерпело страхование на случай инвалидности; оно было наиболее отставшей областью социального страхования, с наибольшими пережитками собесовщины, с низкими нормами обеспечения и т. д. Все это сильно отражалось на промышленности, которая была перегружена инвалидами и не могла от них освободиться.

Первые шаги к улучшению этой области страховой работы были сделаны в начале 1924 г., когда было введено обеспечение увечных в соответствии с утраченным заработком, при чем для инвалидов первой группы была установлена пенсия в размере

полного заработка, и выдача пенсии была гарантирована, независимо от наличия доходов и заработков инвалида. Дальнейшим шагом в том же направлении было распространение пенсионных норм, установленных для увечных, также и на инвалидов, утративших трудоспособность вследствие профессиональных заболеваний (постановление Союзного Совета Социального Страхования от 19 февраля 1925 г.). Правда, список профессиональных заболеваний, дающих право на усиленное обеспечение, был очень ограничен, так как слишком расширять список не позволяло состояние финансов социального страхования.

Однако, проведение этого мероприятия должно было облегчить пополнение рабочими наиболее вредных отраслей промышленности. Дефицитность бюджета социального страхования не позволяет пока расширять этот список дальше. 9 апреля 1925 г. Союзным Советом Социального Страхования было введено обеспечение инвалидов-увечников и от профессиональных заболеваний низших (4—6) групп. До этого времени оно распространялось только на инвалидов первых трех групп, т.-е., либо совершенно неспособных к какому-либо труду, дающему заработок, либо способных только к легким и случайным работам. Это постановление ввело обеспечение тех инвалидов-увечников, которые частично утратили трудоспособность и могут продолжать работу, но уже с пониженной интенсивностью труда или с потерей в квалификации, вследствие чего должен сократиться их заработок. Инвалидам 4-й группы предоставлено было право на пенсию в размере одной трети прежнего заработка, инвалидам 5-й группы—одной шестой и инвалидам 6-й группы—одной десятой прежнего заработка.

Во всех случаях пенсия выдается независимо от наличия у инвалида доходов или заработков.

Нужно сказать, что это мероприятие широкого распространения не получило. В то время как на Западе число инвалидов-увечников низших групп в несколько раз превышает число инвалидов-увечников высших групп, у нас наблюдается обратное: число инвалидов-увечных низших групп в несколько десятков раз меньше числа инвалидов-увечных высших групп. Это происходит потому, что во многих случаях при инвалидности низших групп инвалиды фактически не теряют в заработке, и потому кассы отказывают им в обеспечении; с другой стороны, Бюро Врачебной Экспертизы, устанавливающие степень инвалидности и находящиеся в ведении Наркомздравов, в значительной мере проникнуты традициями чисто медицинского подхода к инвалидам и не считаются с характеристикой

4—6 групп, установленной постановлением Союзного Страхового Совета от 9 апреля 1925 г.

В этом постановлении при определении низших груп главное внимание обращается на то, сколько данный инвалид еще может заработать по сравнению с тем, что он раньше зарабатывал (напр., грузчик, зарабатывающий 80 руб. в месяц, вследствие грыжи по своей профессии работать не может, должен перейти в сторожа на оклад в 50 руб. в месяц; он теряет около 40%, т.-е. относится к 4-й группе). Врачи же, большею частью, не учитывают профессиональных навыков, не оценивают оставшейся рабочей силы, а подходят ко всем инвалидам с одинаковой меркой (если грыжа, например, то 3-я группа, независимо от того, можно ли инвалида использовать на другой работе).

Одновременно с усилением обеспечения инвалидов-увечных и от профессиональных заболеваний, Союзный Совет Социального Страхования ввел уточнение в прежде действовавшее законодательство об учете имущественного положения и значительно сузил рамки этого учета. Правда, совершенно отказаться от учета доходов и заработков пенсионера при ограниченности средств социального страхования Союзный Совет не мог, так как расширение контингента обеспечиваемых за счет включения в него и имущественно обеспеченных инвалидов неизбежно должно было бы отразиться на уровне обеспечения. Но Союзный Совет Социального Страхования установил ряд гарантий для инвалидов, согласно которым в целом ряде случаев пенсия должна будет им выдаваться независимо от некоторой обеспеченности (недопустимость учета заработка и доходов членов семьи пенсионера, учета домашней обстановки и имущества, не приносящего дохода, учета нахождения на чьем-либо иждивении и т. д.). Во всех прочих случаях вопрос об обеспеченности данного лица и приостановке выдачи пенсии, ввиду наличия достаточных средств к существованию, предоставлен был усмотрению страховых касс, которые должны были при этом руководствоваться всей совокупностью обстоятельств данного дела. Нужно, однако, сказать, что практика и здесь внесла целый ряд поправок. Многие страховые органы установили общий шаблон и, не входя в рассмотрение конкретных обстоятельств данного дела, приостанавливали выдачу пенсии всем инвалидам, имеющим какой-либо земельный надел, а также всем пенсионерам, торгующим хотя бы по бесплатному патенту 1-го разряда. Во многих местах была установлена предельная сумма заработка и доходов вместе с пенсией. Вообще в области учета имущественного положения наблюдается довольно большой разнобой в практике мест. Это выдвигает необходимость внесения дальнейших уточнений в эту часть законодательства об обеспечении инвалидов, ибо отказаться со-

вершенно от учета заработков и доходов в настоящий момент Цусстрах считает несвоевременным.

Наиболее крупное значение имело постановление Союзного Совета Социального Страхования от 4 января 1926 года «о новых нормах пенсий инвалидам труда», завершившее собой работу Союзного Совета по поднятию уровня обеспечения инвалидов труда. Оно ликвидировало собесовский принцип уравнительности обеспечения и установило соответствие между нормами пенсий и утраченной заработной платой для всех инвалидов труда и членов семей умерших застрахованных. Одновременно с изменением принципа исчисления пенсий были увеличены и нормы обеспечения. Согласно постановления Союзного Совета от 4 января 1926 г., инвалиды первой группы. инвалидность которых установлена после первого октября 1925 г., имеют право на пенсию в размере двух третей своего прежнего заработка; инвалиды второй группы—в размере четырех девятых его; инвалиды третьей группы—в размере одной трети. Инвалиды труда, инвалидность которых установлена до 1 октября 1925 г., получают такую же долю от среднего заработка рабочих одной с ними квалификации и профессии в той же местности. При этом постановление от 4 января 1926 г. установило максимальную норму пенсии для инвалида первой группы в размере двухкратного среднего заработка данной местности и минимальный размер пенсии в 50% среднего заработка данной местности для инвалида первой группы. Вместе с тем, однако, установлено, что сумма пенсии первой группы не может превышать утраченного данным инвалидом заработка. Практика показала, что указанный выше максимум слишком высок, и его придется, вероятно, несколько снизить.

Проведение новых норм потребовало громадной предварительной работы страховых органов по пересмотру ранее назначенных норм пенсий. Нужно сказать, что в этой работе страхорганам пришлось столкнуться с отсутствием данных о квалификации старых инвалидов, с недостаточностью, а иногда и отсутствием данных профессиональных союзов о среднем заработке данной квалификации. Часто работа задерживалась из-за пассивного отношения к ней представителей профессиональных союзов в комиссии по пересмотру новых норм пенсий. Имели место также и случаи представления союзам неправильных данных о среднем заработке лиц данной квалификации, в результате чего получилось, что в ряде мест, особенно на транспорте и в малопромышленных районах, получился слишком высокий процент увеличения расходов, в связи с введением новых норм. Сейчас идет в таких районах проверка этой работы. но общий размер увеличения расходов в связи с проведением новых норм пенсий ожидается, примерно, в 22%. Это повышение нельзя считать особенно высоким, если принять во внима-

ние, что средняя зарплата с I до III квартала 1925—26 г. тоже возросла, а ведь, если бы не было этих новых норм пенсий, пришлось бы старые нормы изменять в связи с ростом средней зарплаты. Стихийное повышение норм пенсий шло на местах отчасти и до издания постановления Союзного Совета Социального Страхования от 4 января 1926 г. Так, еще осенью 1925 г., в связи с постановлением президиума ВЦСПС о необходимости повышения норм пенсий до двух третей среднего заработка, некоторые страхорганы установили самостоятельно новые нормы пенсий в этих размерах (Ленинград, Закавказье, Белоруссия).

Эти отступления об общего закона в настоящее время исправлены.

Движение пенсионных норм за 1924—26 г.г. до проведения новых норм, т.-е. до 1 июля 1926 г., можно видеть из следующей таблицы:

Средне-взвешенная норма пенсий инвалидам первой группы, потерявшим трудоспособность от общих заболеваний и старости, по СССР (в рублях).

Октябрь 1924 г.	15,38
Январь 1925 г.	15,93
Апрель 1925 г.	19,73
Июль 1925 г.	21,12
Октябрь 1925 г.	23,04
Январь 1926 г.	26,05
Апрель 1926 г.	25,65
Июнь 1926 г.	26,30

Одновременно с ростом пенсионных норм росло и число пенсионеров. Это видно из таблицы, помещенной на стр. 35.

Таким образом, число инвалидов труда за это время возросло на 61,2%, а число семей возросло на 42,5%. Этот рост массы пенсионеров об'ясняется отчасти естественным притоком инвалидной массы, который наблюдается всюду на первых порах страхования на случай инвалидности. С другой стороны, он вызывается усиленным освобождением предприятий и учреждений от имеющихся на предприятиях инвалидов в связи с ростом страхового обеспечения. Надо полагать, что введение новых норм обеспечения еще больше усилит на первое время приток инвалидной массы.

Инвалиды от общих заболеваний и старости распределяются следующим образом по группам инвалидности (по данным на 1 июля 1926 г.): I группа—7,7%, II группа—54,2%, III группа—38,1%. Следует отметить рост относительного числа мужчин среди инвалидов. В то время как на 1 октября 1924 г. они составляли 56,3% всей инвалидной массы, к 1 июля 1926 г.

Движение числа пенсионеров по СССР *) за 1924—1925 и 1925 1926 операционные годы.

Отчетная дата	Инвалиды труда			Семьи кормилъцев, умерших			Итого пенсионеров	Содерж. в инвал. домах	Всего	На 1.000 застрахованных				
	Инвалиды общие	Увечные	Всего инвалидов труда	От общих заболеваний	От професс. увечья	Всего семей				Инвалидов труда	Семей умер. кормильцев	Всего	Содер. в инвал. домах	Итого
1924 г.														
1 октября .	194.600	4.768	199.368	169.223	3.524	172.747	372.115	16.695	388.810	32,73	28,36	61,09	2,74	63,83
1925 г.														
1 января . .	210.638	5.913	216.551	178.419	4.626	183.045	399.596	16.029	415.625	36,62	30,95	67,57	2,71	70,28
1 апреля . .	223.576	7.096	230.672	184.899	5.668	190.567	421.239	16.911	438.150	37,17	30,70	67,87	2,73	70,60
1 июля . . .	240.864	7.926	248.790	194.321	6.266	200.587	449.377	16.604	465.981	34,68	27,96	62,64	2,34	64,98
1 октября .	257.262	8.628	265.890	204.071	6.810	210.881	476.771	16.224	492.995	35,00	27,76	62,76	2,14	64,90
1926 г.														
1 января . .	277.883	9.712	287.595	215.683	7.603	223.286	510.881	17.221	528.102	38,6	30,0	68,6	2,3	70,9
1 апреля . .	294.144	10.794	304.938	227.005	8.190	235.195	540.133	17.045	557.178	40,3	31,0	71,4	2,3	73,7
1 июля . . .	309.589	11.914	321.503	237.568	8.669	246.237	567.740	16.665	584.405	39,8	30,5	70,3	2,1	72,4

*) За 1924—25 г. без ДВО, Монголо-Бурятской и Калмыцкой областей, Кантонов Татреспублики, Якутской АССР, Грузинской ССР и Ленской водной кассы; за 1925—26 г.—без ЗСФСР.

они уже составляют 59,3%. Это указывает на оздоровление состава инвалидной массы, которая еще до сих пор несколько засорена «собесовским наследством». Семьи умерших застрахованных распределяются по числу членов семьи следующим образом (по данным на 1 июля 1926 г.): с одним членом семьи— 46,1%, с двумя—26,3%, с тремя и более — 27,6%.

Помимо обеспечения инвалидов труда, на социальное страхование в течение 1924—26 г.г. было возложено также обеспечение народных учителей за выслугу лет (независимо от их инвалидности). Первоначально на страховые средства было возложено 50% расходов, связанных с этим видом обеспечения. Со стороны Наркомфина была попытка переложить весь этот расход на страховые фонды, но Совнарком сохранил прежнюю долю участия средств социального страхования. По данным на 1 июля 1926 г., по СССР (без ЗСФСР) состояло на пенсии за выслугу лет 15.800 работников просвещения и их семей.

Введение обеспечения за выслугу лет для народных учителей послужило поводом для возбуждения вопроса о распространении этого вида обеспечения и на другие категории государственных служащих (железнодорожники, почтово-телеграфные служащие, медицинские работники и т. д.). Наркомтруд и ВЦСПС указали, что вводить такое обеспечение можно только одновременно для всех рабочих и служащих, но не в виде привилегии для отдельных групп пролетариата, а так как для всеобщего обеспечения за выслугу лет в настоящий момент нет достаточных средств, то необходимо от этого отказаться. Совнарком разделил эту точку зрения, и вопрос был снят.

Помимо обеспечения народных учителей, на средства социального страхования было возложено также обеспечение инвалидов гражданской войны из числа рабочих и служащих и семей рабочих и служащих, погибших в гражданской войне, в пределах до 20.000 пенсионных единиц. Передача инвалидов гражданской войны только сейчас заканчивается. По имеющимся на 1 июля 1926 г. по СССР (без Закавказья) сведениям, органами социального страхования принято на обеспечение 1.611 инвалидов гражданской войны и 6.974 семьи.

В результате всех этих мероприятий мы стоим сейчас перед значительным ростом расходов на обеспечение инвалидов. Тот уровень обеспечения, которого мы достигли, повышать в ближайшем будущем, конечно, не придется, но необходимо суметь его сохранить. Перед Цусстрахом стоит задача выправить некоторые дефекты законодательства (например, разрешить вопрос о распространении требования стажа работы по найму на всех инвалидов вследствие общих заболеваний), проверить применение его на практике, кодифицировать его и улучшить технику назначения пенсий.

Обеспечение по безработице.

Законодательство по страхованию на случай безработицы существенных изменений за истекший период не претерпело. Действовавшая до последнего времени инструкция по обеспечению безработных была издана в момент реорганизации Бирж Труда на основе добровольности найма и чистки состава безработных в целях оздоровления работы Бирж Труда. Тогда были установлены требования сравнительно высокого стажа работы по найму для регистрации в посреднических органах, и соответственно высокий стаж был установлен для получения пособия. Нужно сказать, что эти требования соответствовали социальному составу безработных масс и имели своей главной задачей сосредоточить усилия на обеспечении более квалифицированной части безработных, так как для обеспечения всех безработных не было средств. С другой стороны, специальным постановлением Союзного Совета Социального Страхования был удлинен срок регистрации в посреднических органах, как условие получения пособия (до 3-х месяцев со дня оставления последней работы). Это мероприятие, а также общие указания Цусстраха о необходимости менее формального подхода к назначению пособий по безработице сказались на росте числа обеспечиваемых безработных. Это можно видеть из следующей таблицы:

Число безработных, состоящих на пособии по СССР *).

На	1	октября	1924	г.—238.550
»	1	января	1925	г.—279.883
»	1	апреля	1925	г.—361.397
»	1	июля	1925	г.—304.879
»	1	октября	1925	г.—235.395
»	1	января	1926	г.—299.470
»	1	апреля	1926	г.—400.863
»	1	июля	1926	г.—345.849

При этом нужно иметь в виду, что мы здесь имеем дело с ростом не только абсолютных чисел обеспечиваемых безработных, но и относительных. В то время как до осени 1924 года процент обеспечиваемых по отношению к числу зарегистрированных на Бирже Труда безработных составлял около 22—23%, в настоящее время он доходит до 26—28%.

Помимо этого количества безработных, получающих пособие, в трудколлективах было занято в среднем около 90.000 безработных (около 8,0% всей безработной массы) и на общественных работах—в сезон около 30.000, а в среднем за год около 15.000 (т.-е. около 1,4% безраб. массы). За большую часть за-

*) Без ЗСФСР.

нятых в коллективах и на общественных работах страхорганы передавали причитающееся им пособие Биржам Труда. Таким образом, денежную и трудовую помощь получало, примерно, свыше 35% безработных. Конечно, и эта цифра не так велика, однако, если принять во внимание, что среди безработных 26% приходится на долю никогда не работавших по найму, а потому не подлежащих социальному страхованию, то мы увидим, что обеспечивается около 50% безработных, когда бы то ни было работавших по найму.

Однако, необходимо отметить, что на сокращение числа безработных, получающих пособие, влияют некоторые недостатки действующего законодательства. Например, до сих пор неквалифицированные безработные члены союза должны были для получения пособия доказать, что они проработали не менее 1 года непрерывно до безработицы, а неквалифицированные нечлены союза—3 года. Более правильным следует признать такой порядок, при котором безработный не должен доказывать непрерывный стаж.

К увеличению числа безработных, получающих пособие, направлены были и другие мероприятия. В середине 1926 г. было установлено, что безработные получают пособие независимо от того, имеют ли члены их семей какие-либо заработки и доходы, а также от того, находится ли безработный на чьем-либо иждивении.

Практика показала необходимость упорядочения обеспечения по безработице рабочих, занятых в производствах с нормальными сезонными перерывами в работе (водники, строители и т. п.). Обеспечение этих лиц во время мертвого сезона должно быть ограничено определенным, коротким сроком.

Нужно отметить, что в отдельных местах страховые органы самостоятельно проводили некоторые из этих мероприятий (так, для отдельных категорий рабочих стаж был сокращен на Украине и в Белоруссии), в некоторых же местах стремление к расширению контингента привело к проведению нездоровых мероприятий в роде отказа от связи выдачи пособия с регистрацией в посреднических органах (Ленинград): это мероприятие лишает страхорганы даже тех немногих способов контроля над безработными, которые сейчас у них имеются.

Состав обеспечиваемых безработных за истекший период тоже подвергся некоторым изменениям. В то время как число безработных, получающих пособие по первой категории, составляло на 1 октября 1924 г. 25,9%, на 1 января 1925 г.—23,1%, на 1 апреля 1926 г. оно уже составляло 31,5%.

Размер обеспечения по безработице за истекший период времени также возрос. Это видно из следующей таблицы:

Средне-взвешенная норма пособий безработным первой категории по СССР с 1 октября 1924 по 1 июля 1926 г.

Октябрь	1924 г. —	8 р. 69 к.
Январь	1925 г. —	8 р. 77 к.
Апрель	1925 г. —	10 р. 44 к.
Июль	1925 г. —	12 р. —
Октябрь	1925 г. —	13 р. 44 к.
Январь	1926 г. —	15 р. 23 к.
Апрель	1926 г. —	15 р. 35 к.
Июнь	1926 г. —	15 р. 61 к.

Конечно, этот размер пособий, как правило, нужно признать недостаточным, но одновременно необходимо отметить, что для низко оплачиваемых групп безработных (рабочие совхозов, домашняя прислуга и т. д.) размер пособия слишком приближается к их заработной плате, а иногда достигает и превышает ее. Такое положение извращает самый смысл и цель обеспечения безработных. С другой стороны, существование только двух категорий не отвечает разнообразию заработной платы и совершенно не в состоянии удовлетворить квалифицированные группы рабочих с высоким заработком. Это ставит на очередь вопрос об изменении системы обеспечения по безработице в смысле установления большего соответствия пособия зарплате. Самым правильным было бы установление прямой зависимости между размером пособия и утраченной зарплатой. Однако, проведение этого мероприятия натолкнется на целый ряд трудностей, и в частности, чрезвычайно трудно определить размер вызываемого его проведением расхода, ввиду отсутствия соответствующих статистических данных. Поэтому предполагается пока увеличить число категорий до трех, с тем, чтобы ввести новую категорию для полуквалифицированных рабочих.

Одновременно, во избежание тех ненормальных явлений, как были указаны выше, должно быть установлено правило, по которому ни в коем случае пособие по безработице не может превышать 50% прежнего заработка.

Помимо денежной помощи, безработным оказывается также и трудовая помощь в виде финансовой поддержки трудколлективов и общественных работ, организуемых Биржами Труда. Эта помощь оказывалась как путем передачи причитающихся пособий коллективам и организациям, производящим общественные работы, так и в предоставлении льгот по уплате страхвзносов и в прямой выдаче субсидий. В бюджете 1925—26 г. субсидии составили 6 млн. рублей.

Практика показала, что в некоторых местах финансовая поддержка оказывается коллективам, целесообразность самого существования которых сомнительна (коллективы с продукцией, трудно сбываемой на рынке, коллективы, не имеющие производственного характера, и т. п.), а также таким кол-

лективам, которые фактически уже превратились в самостоятельные предприятия (с несменяемым составом, финансово окрепли и т. д.). Это заставляет Цусстрах поставить вопрос о том, чтобы финансовая поддержка оказывалась не всем коллективам, организуемым Биржами Труда, а только представляющим определенную ценность для народного хозяйства и действительно организованным в качестве мероприятия трудовой помощи, а не превратившимся в самостоятельные предприятия.

Заключение.

Подводя итоги развитию обеспечения застрахованных за истекший период, необходимо отметить, что в этой области работы достигнуты большие успехи: расширен охват застрахованной массы, увеличены нормы пособий и пенсий, повысилось количество лиц, пользующихся обеспечением. Социальное страхование приобрело первостепенное значение в рабочем быту. Однако, работа по улучшению нашей системы обеспечения еще не закончена. С другой стороны, и ухудшение финансового положения страхорганов ставит задачу пересмотра расходов на отдельные виды обеспечения. При проведении этой работы придется тщательно взвесить значение отдельных страховых мероприятий в быту рабочего и принять меры к тому, чтобы необходимое сокращение расходов было произведено не путем изменения основных принципов соц. страхования, а путем прекращения непроизводительных расходов и упорядочения законодательства и практики страхорганов. Только при этом условии соц. страхование сумеет удержать свои завоевания.

III. МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ЗАСТРАХОВАННЫМ.

Медицинская помощь застрахованным находится в ведении органов здравоохранения. Однако, органы социального страхования крайне заинтересованы в ее правильной организации и постановке, ибо от этого во многом зависит их работа по таким основным видам соц. страхования, как выдача пособий по временной нетрудоспособности и пенсий по инвалидности, занимающих в бюджете социального страхования главнейшее место.

Поэтому обзор социального страхования будет неполон, если не будет дана характеристика существующей медицинской помощи застрахованным, расходования на нее фондов медицинской помощи и степени участия и влияния страховых органов на работу в этой области. Обзор не ставит себе задачи дать полную характеристику состояния и динамики медпомощи застрахованным, ибо это дело органов здравоохранения, а лишь оценку наиболее важных сторон постановки существующей медпомощи и необходимых мероприятий по ее улучшению.

Материалом для составления настоящего обзора о медпомощи застрахованным послужили отчеты Главсоцстрахов и некоторых крупных страхкасс промышленных районов, данные о состоянии медпомощи застрахованным НКЗдравов союзных республик, отделов рабочей медицины, постановления Всесоюзных С'ездов отдельных профсоюзов, страховых конференций, обследований НК РКИ и т. п. *).

Огромным затруднением при составлении этого обзора для полноты освещения основных вопросов постановки медпомощи застрахованным и расходования фонда «Г» является отсутствие точного учета этой области работы в соответствующих органах здравоохранения.

Отсутствие правильности и точности учета константировала Комиссия НК РКИ, обследовавшая состояние медпомощи застрахованным. Так, в заседании Урал. Обл. РКИ 11 января 1926 г.

---

*) В виду запоздания в получении обзоров Главсоцстрахов о медпомощи застрахованным в Закавказье, Белоруссии и Туркменистане, настоящий обзор охватывает постановку медпомощи главным образом по РСФСР и УССР.

Комиссия НК РКИ дала следующую яркую характеристику «правильности и точности» учета медпомощи застрахованным органами здравоохранения: «состояние учета и статистики, как в области финансов, так и операционной (количество, качество, стоимость и проч.), требует пожелать очень много улучшений. Даже у лиц, ведающих этим делом, в некоторых случаях нет уверенности в правильности цифр, которыми они оперируют и которые дают в распоряжение Комиссии. Ввиду этого, Комиссия, оглашая цифры, в наибольшей степени приближенные к истине, не возьмет на себя смелости в категорической форме отстаивать их непогрешимость». То же самое можно найти в материалах Комиссии НК РКИ, обследовавшей медпомощь застрахованным в других местах. Так, в Ленинградской и Тверской губерниях было установлено, что при регистрации больных в лечебных учреждениях зачастую в группу застрахованных вносят красноармейцев, кустарей, инвалидов войны, бездомных и беспризорных. В Татреспублике в счет медпомощи застрахованным включено 30% коечной помощи, оказанной в больницах при местах заключения. Отсутствие правильного и точного учета медпомощи застрахованным в органах здравоохранения крайне затруднило при составлении обзора, выяснение таких важнейших вопросов, как расходование фонда «Г» по своему назначению, стоимость отдельных видов медпомощи, степень участия государственного и местного бюджета в расходах по медпомощи застрахованным и т. д.

Финансирование медпомощи застрахованным.

Источником финансирования медпомощи застрахованным является: фонд медпомощи (фонд «Г»), ассигнования на здравоохранение из местного и государственного бюджета.

Фонд медпомощи и его рост. Роль фонда медпомощи застрахованным видна из следующих данных.

РСФСР. По РСФСР в основной и запасный фонд «Г» поступило в 1923—1924 г.—52.160.000 р. *), 1924—1925 г.—93.280.000 руб. и в 1925—1926 г.—139.051.000 руб. Удельный вес фонда «Г» в сравнении с гос. и местным бюджетом в расходах на здравоохранение по РСФСР без учета специальных средств таков: гос. и местный бюджет—146.455 тыс., фонд. «Г»—139.051 тыс., что в % % даст: гос. и местный бюджет—51,3%, фонд «Г»—48,7%. Если сравнить рост средств на здравоохранение в процентном отношении по годам, получится такая картина:

	1923—1924 г.	1924—1925 г.	1925—1926 г.
Местн. и гос. бюджет	60,6%	53,4%	51,3%
Фонд «Г»	39,4%	46,6%	48,7%

*) В эту сумму не вошли средства фонда «Г» по ДВО, а также оставляемые хозорганами на содержание медпомощи по договорам с здравотделами.

Таким образом, мы видим неуклонный из года в год рост фонда «Г» по РСФСР, который в 1925—1926 г. почти достиг суммы, отпускаемой на здравоохранение по государственному и местному бюджету. Его удельный вес в медпомощи застрахованным особенно велик, если принять во внимание, что количество застрахованного населения к общему количеству всего населения по РСФСР на 1 января 1925 г. составляло 12,8%. В промышленных районах удельный вес фонда «Г» еще выше: так. в 1924—1925 г. он составлял 49%, а в 1925—1926 г. уже 52,5%, т.-е. превысил процент средств, отпускаемых по гос. и местному бюджету. В ряде промышленных районов удельный вес фонда «Г» еще выше, так напр., по Иваново-Вознесенской губернии в общей сумме 7.497.599 р., ассигнованных на здравоохранение в 1925—1926 г., фонд «Г» составляет 4.955.476 руб.. или 66,1%.

УССР. По данным Рабмеда НКЗ УССР, фонд «Г» на Украине составлял: в 1923—1924 г.—14.600.000 р., в 1924—1925 г.—24.400.000 р., в 1925—1926 г.—36.500.000 р. Удельный вес фонда «Г» на Украине:

	1924—1925 г.		1925—1926 г.	
	Абсолютно	В %%	Абсолютно	В %%
Гос. и местный бюджет .	21.200.000	46,3	31.700.000	47
Фонд «Г»	24.400.000	53,7	36.500.000	53

Из этих данных видно, что фонд «Г» на Украине по своим абсолютным размерам в процентном отношении превышает средства, отпущенные по государственному и местному бюджетам.

Удельный вес фонда «Г» за 1925—26 год по РСФСР и УССР (в тыс. руб.).

	Р. С. Ф. С. Р.		Украина	
	Абсолютно	В %%	Абсолютно	В %%
Гос. и местн. бюджет . .	146.455	51,3	31.700	47
Фонд «Г»	139.051	48,7	36.500	53

Удельный вес фонда «Г» будет еще выше, если принять во внимание ассигнования Главсоцстрахов на профилактику: по РСФСР в 1924—1925 г.—15.740.000 р., в 1925—1926 г.—около 18 млн. руб.; по Украине в 1924—1925 г.—2.693.000 р., в 1925—1926 г.—около 4 млн. рублей. Таким образом из анализа роста фонда «Г» можно установить, что последний, как по РСФСР, так и по УССР, является главнейшим, а для некото-

рых районов и единственным источником финансирования медпомощи застрахованным.

Размер фонда «Г» на одного активно застрахованного вместе с семьей выразился в следующих цифрах: по РСФСР в 1924—1925 г.—18 р. 80 к., в 1925—1926 г.—24 р. 35 к.; по Украине в 1924—1925 г.—15 р. 83 к., в 1925—1926 г.—20 р. 05 к. В эти суммы не вошли средства, отпускаемые страхорганами, хозорганами и проч. на профилактику и медпомощь застрахованным.

В виду отсутствия у органов здравоохранения калькуляции стоимости отдельных видов медпомощи, правильного статистического учета использования застрахованными всех видов медпомощи и точного расходования на эту цель фонда «Г»,— крайне затруднительно установить фактическое использование фонда «Г» по прямому его назначению. Однако, принимая во внимание, что в ряде мест фонд «Г» прямо или косвенно включался в местный бюджет и учитывался при отпуске средств по здравоохранению, а также, что многие лечебные учреждения передавались целиком на содержание их по фонду «Г», хотя они обслуживали не только застрахованных, но и прочее население,—можно установить, что фонд «Г» расходовался на медпомощь и не застрахованным. Об этом свидетельствуют неоднократные представления в соответствующие правительственные органы со стороны профсоюзов и страховых организаций, настаивавших на установлении строгих гарантий в использовании фонда «Г» лишь на медпомощь застрахованным.

Состояние медпомощи застрахованным.

Размеры и качество медпомощи застрахованным. За период с VI С'езда профсоюзов в медпомощи застрахованным имеются известные достижения. Но эти достижения все еще далеко недостаточны и отстают от роста застрахованной массы и ее потребностей в медпомощи как в количественном, так и в качественном отношении. Улучшения в медпомощи застрахованным касаются, главным образом, областных, губернских и окружных городов, да и в них медпомощь стоит далеко еще не на высоте. Что касается промышленных районов вне городов, то здесь медпомощь по большей части совершенно недостаточна, страдает многими дефектами, а в ряде районов поставлена вообще неудовлетворительно. Слаба и недостаточна также медпомощь для сезонных и временных рабочих.

Рост числа амбулаторий и врачей отстает от роста застрахованной массы и ее амбулаторной посещаемости. Число амбулаторных посещений, приходящихся в год на одного застрахованного с семьей, увеличилось: в РСФСР с 14,5 в 1924 г. до 15.7 в 1925 г., по Украине—с 15,5 до 16,1. Это число посе-

щений сильно колеблется по отдельным районам: Уральская область — 14,8, Иваново-Вознесенская губ. — 15,2, Орехово-Зуево — 14,7, Донбасс — 12,3, Харьковский округ — 17,1 и т. д. Но несмотря на повышение амбулаторной посещаемости, она отстает от нормальной посещаемости, установленной на основе больших цифр страховыми организациями в других странах (18—20), что также указывает на недостаточность амбулаторной помощи.

В качественном отношении амбулаторная помощь большей частью неудовлетворительна, ввиду огромной перегрузки амбулаторных врачей и недостаточности ее специализации.

Норма амбулаторного приема на одного врача—35 ч. в день—зачастую не соблюдается; наоборот, допускается во многих местах превышение ее в несколько раз. Так напр., в 1924—1925 г. на 1 врача приходилось в среднем: Орехово-Зуево—76 амбулаторных и 25 коечных больных, Тверь—до 100, в Ижевске на врача-глазника приходилось 88, хирурга — 95, а на терапевта даже 150 больных в день, в Донбассе—до 100, Днепропетровске—50—60 ч. и т. д. На Украине в 1925—1926 г., в связи с открытием новых поликлиник и увеличением числа врачей в них в 2—3 раза, нагрузка врачей уменьшилась: при средней норме 6 чел. в час, приходилось в Харькове—6,3, в Запорожье—6,8, Днепропетровске—8,2, по Донбассу (в среднем)—8,5 больных в час и т. д. Отсюда следует, что и в поликлиниках нагрузка врачей выше нормы. Что касается амбулаторий, то там попрежнему нагрузка врачей очень велика и квалификация помощи низка. Так, по данным НКЗ РСФСР 2/3 больных получают лечебную помощь в общих, не специализированных амбулаториях. Несколько лучше обстоит дело на Украине, где имеется сеть поликлиник с хорошо поставленной специализированной помощью, но и на Украине поликлиники расположены, главным образом, в крупных городах (окружных центрах), в самих же округах амбулаторная помощь в большинстве случаев сосредоточена в фабрично-заводских, не специализированных амбулаториях. На Украине все же можно отметить успехи по повышению качества амбулаторной медпомощи, благодаря увеличению числа амбулаторных врачей и мероприятий Рабмедов по повышению их квалификации. Ежегодно через курсы при Институте рабочей медицины проходят десятки фабрично-заводских врачей, повышающих свою квалификацию.

Вследствие большой перегруженности и волокиты при записях в амбулаториях, застрахованным приходится затрачивать много времени на очереди, при чем даже в таких местах, как Москва, имеется большое количество отказов больным в амбулаторной помощи из-за перегрузки амбулаторий. Правда, введение вечерних приемов в ряде районов уменьшило несколько это зло.

Коечная помощь недостаточна. Если в губернских городах она приближается к норме, — в РСФСР от 6,2 до 6,7 койко-дня на одного застрахованного с его семьей (без психиатрических и тюремных), — то в уездных городах и в промышленных районах вне городов она в среднем равна от 2,6 до 3,5 койко-дня на одного застрахованного и его семью, т.-е., примерно, в два раза ниже установленных НКЗ норм. По отдельным промышленным районам приходилось на рабочую семью: в Орехово-Зуеве — 3,9, Иваново-Вознесенской губ.—3,5, Уральской области—3,7, Нижегородской губ.—4,09, Твери — 4,6 койко-дня в год (1924—1925 г.). На Украине коечная помощь чрезвычайно недостаточна и полностью удовлетворяются только случаи неотложной хирургической помощи. В 1924 г. 1 койка приходилась в промышленных районах, округах в среднем на 208 (вместо 100) и в 1925—1926 г.— на 198 застрахованных.

По всем республикам ЗСФСР коечной сети не хватает более чем на 55%. Во многих районах РСФСР и УССР больным застрахованным приходится ждать очереди для поступления в больницу неделями и месяцами. В Москве число отказов в приеме в больницу доходит до 1.000 в месяц. Сама постановка больничного лечения, хотя и улучшается, но все же же страдает еще большими дефектами, как в смысле оборудования и приспособленности больниц (старые, ветхие, неприспособленные здания), так и в смысле лечения, ухода и особенно недостаточности и неудовлетворительности питания больных. Достаточно для примера указать на Москву, где на питание 1 больного отпускалось в 1925—26 г. лишь 34 коп. в день, а в родильных домах—30 коп.

Повсеместно отмечается также недостаточность первой помощи, помощи на дому, родовспоможения и специальных видов лечения. Особенно много жалоб со стороны застрахованных имеется в отношении отсутствия, недостаточности и неудовлетворительности врачебной помощи на дому, а также отсутствия пунктов первой помощи на многих предприятиях. В «Бюллетене НКЗ РСФСР», № 20 за 1926 г., тов. *Горфин* указывает: «свыше 2.000 предприятий (по СССР), нуждающихся в пунктах первой помощи, и около 1.200 пунктов в наличии»... «Медицинский персонал, работающий на пунктах первой помощи, не всегда имеет достаточную подготовку в деле оказания необходимой, неотложной хирургической помощи».

Профилактическая работа.

За период с VI Съезда профсоюзов необходимо отметить усиление профилактической работы во всей системе здравоохранения и в проведении мероприятий по диспансеризации застрахованного населения. Выросла за этот период сеть про-

филактических учреждений: тубдиспансеры, учреждения охраны материнства и младенчества, ночные санатории, диэтические столовые, площадки и т. п.; проводится массовое обследование состояния здоровья застрахованных в различных предприятиях, организуется изучение профзаболеваний и мероприятий по борьбе с ними и т. д. Страховые органы, с своей стороны. признавали важность профилактики для охраны здоровья застрахованных и оказывали посильную помощь расходованием страховых средств на профилактические мероприятия. Так например, в 1924—1925 г. страхорганами на содержание домов отдыха, санаторий и проч. профилактические мероприятия израсходовано около 26 млн. руб. и в 1925—1926 г. до 30 млн. руб. Однако, страхкассы предостерегали против чрезмерного увлечения профилактикой, ибо в работе органов здравоохранения наблюдались и недостаточная плановость в проведении профилактических мероприятий и слабая увязка их с планом развития и улучшения существующей медпомощи застрахованным; кроме того, проведение профилактического метода и диспансеризация не всегда соответствовали наличным силам и материальным ресурсам. В результате такого увлечения профилактикой и диспансеризацией нередко страдали различные стороны медицинской помощи застрахованным. На Украине, считаясь с состоянием основной лечебной сети и финансовыми возможностями. СНК УССР дал директивные указания в общем стабилизовать в 1926—27 г. профилактическую сеть, а основное внимание уделить амбулаторно-клинической и коечной организации. Чрезмерное увлечение диспансеризацией в Москве отразилось на задержке постройки новых амбулаторий и больниц и улучшения работы существующей лечебной организации. В результате—крайняя перегрузка всех лечебных учреждений, отказы больным в приеме и понижение качества медицинской помощи в ряде лечебных учреждений Москвы и Московской губ.; СНК РСФСР, по докладу Моссовета, вынес постановление, в котором указал на необходимость в Москве дальнейшего расширения числа амбулаторий, качественного улучшения лечебного дела. Поэтому страховые организации, поддерживая профилактический курс в деле здравоохранения, решительно настаивают, чтобы этот курс проводился на основе учета реальных возможностей, сил и средств и был больше увязан с работой по улучшению существующей лечебной организации и постановки медпомощи застрахованным.

Плановое обеспечение медпомощью застрахованных и больничное строительство.

Одним из существенных дефектов в организации медпомощи застрахованным является недостаточная плановость работы органов здравоохранения в этой области. Проводимый в СССР

курс на индустриализацию страны и связанное с ним усиление планирования народного хозяйства не получили достаточного отражения в работе органов здравоохранения. Так, НКЗ РСФСР до сего времени не выработан план обеспечения медпомощью застрахованных в связи с планом развертывания промышленности и всего народного хозяйства. Нет также и плана нового больничного и амбулаторного строительства. В разработанном НКЗ РСФСР 10-летнем плане здравоохранения не имеется ни плана обеспечения медпомощью застрахованных, ни плана строительства лечучреждений для обслуживания последних. Несколько лучше обстоит дело в части больничного строительства на Украине, где Рабмедом НКЗ разработан и проводится план строительства на 3 года, но и там новая сеть признана минимальной, не удовлетворяющей потребности застрахованных в медпомощи. На Украине нет разработанного плана обеспечения застрахованных медпомощью в связи с развертыванием промышленности. Планы органов здравоохранения составляются на очередной бюджетный год, что, конечно, недостаточно для увязки медпомощи застрахованным с планом развертывания промышленности, рассчитанным на несколько лет. Поэтому происходящее на местах строительство новых лечебных учреждений по большей части протекает вне плановой увязки его с планами развертывания промышленности.

С финансированием больничного строительства также дело обстоит не совсем благополучно, ввиду того, что это строительство почти целиком переложено на средства, отпускаемые по фонду «Г», главным образом, из республиканского запасного фонда. Так, расход из запасного республиканского фонда медпомощи НКЗ РСФСР на больничное строительство достигает внушительной цифры: из 13 млн. запасного фонда в 1925—26 г. на больничное строительство и ремонт отпущено 7.409.384 р.. или 68% всего фонда. В 1925—26 г. по РСФСР из запасного фонда с участием местного бюджета отпущены средства на строительство 67 больниц, 38 амбулаторий, 8 диспансеров, 3 санаторий и на ремонт 24 больниц, 3 амбулаторий, 5 санаторий и 7 диспансеров.

Конечно, суммы, отпущенные из запасного фонда, вместе с ассигнованными на эту цель из местных фондов медпомощи, составляющие по РСФСР 5% всего фонда «Г», совершенно недостаточны для проведения минимальной программы больничного строительства.

Потребность в новом больничном строительстве столь велика, что Цусстрах, с своей стороны, по постановлению СНК. взял на себя строительство больницы в Ростове-на-Дону.

Стоимость новой сети на Украине по утвержденному 3-летнему плану определялась ориентировочно в 20½ млн. руб. В 1925—26 г. производится строительство 8 больниц, 15 поли-

клиник, 2 амбулаторий, 12 тубдиспансеров, 12 вендиспансеров, 15 консультаций, 15 молочных кухонь, 1 аптеки, 6 жилдомов для медперсонала, всего на сумму 11.970.095 руб. Из этой суммы за счет Рабмеда, главным образом, запасного фонда, приходится 9.500.000 р., что для Рабмеда крайне обременительно, и намеченное на 1925—26 г. строительство может быть закончено лишь в следующем году, путем чрезвычайного напряжения Центрального запасного фонда и с урезкой его по всем прочим статьям расходной сметы. (Отчет Рабмеда НКЗ за 1925—26 г.) Цусстрах выдал ссуду Рабмеду УССР в 1 млн. рублей на больничное строительство.

Что касается 3-летнего плана больничного строительства, он может быть осуществлен лишь при поддержке госбюджета.

Таким образом, по РСФСР и УССР совершенно очевидна недостаточность средств на больничное строительство. Поэтому необходима солидная поддержка этого строительства со стороны государственного и местного бюджета.

Роль частной практики в обслуживании застрахованных.

Недостаток и не вполне удовлетворительное качество медпомощи, оказываемое органами НКЗ, приводит к тому, что застрахованные нередко вынуждены обращаться к платной врачебной практике. Так, в Москве, по данным Мосздравотдела, за полгода с 1 января по 1 июля 1926 г. было принято в частных лечебницах за плату застрахованных: коечных больных 8.238 чел., проведших 40.000 койко-дней, или 80% всех коечных больных частных лечебниц, и амбулаторных—114.848 застрахованных, сделавших 260.000 посещений, или 60% всех амбулаторных частных больных.

Кроме того, застрахованные тратят большие средства на оплату частно-практикующих врачей, принимающих в своих кабинетах и на дому большое число застрахованных. Бюджетное обследование НКТ в 1925 г. в Москве показало, что на платную медпомощь рабочие тратили около ¾% своей зарплаты, или до 7 рублей в среднем в год, а служащие—около 2,5%, или до 23 рублей в год.

Рост частной практики и увеличение расходов застрахованных на ее оплату отмечается и в других городах СССР.

Взгляд профсоюзов, хозяйственников и застрахованных на медпомощь.

О недостатках медпомощи застрахованным свидетельствуют решения многих с'ездов профсоюзов за последний год, уделивших вопросу о состоянии медпомощи значительное внимание, ввиду недовольства существующей медпомощью со стороны членов профсоюзов.

VII с'езд металлистов отметил, «что медпомощь застрахованным в районах металлопромышленности страдает еще многими существенными недочетами.

Недостаточны — первая помощь на дому, зубоврачебная, зуботехническая и другие специальные виды медпомощи, недостаточна количественно и качественно существующая сеть амбулаторных и стационарных лечучреждений и санаторная организация».

VII с'езд союза текстильщиков отметил, «что медпомощь текстильщикам недостаточна, и в целях качественного улучшения и изжития очередей, союзу нужно через соответствующие органы добиваться:

а) в целях усиления и улучшения медпомощи рабочим, а также изживания очередей в существующих лечебных учреждениях — обеспечения их врачами-специалистами в достаточном количестве;

б) усиления и улучшения оказания первой помощи, помощи на дому, родовспомогательной, зубоврачебной, перевозки больных и т. д.;

в) расширения сети коечного и амбулаторного лечения и диспансеров путем нового строительства, а также усиления ремонта в существующих больницах».

VI с'езд химиков по вопросу о медпомощи вынес следующее постановление: «Отмечая недостаточность и плохую постановку медицинской помощи в ряде районов (отсутствие медикаментов, неудовлетворительность помещений, низкая квалификация обслуживающего медперсонала), с'езд считает необходимым принять решительные меры к улучшению постановки медпомощи».

V с'езд союза горнорабочих констатировал, что положение медпомощи в горнопромышленных районах продолжает все еще оставаться весьма тяжелым и, в частности, необходимо отметить следующие серьезные недостатки:

а) недостаточность существующей в горнопромышленных районах сети лечебных учреждений, совершенно не соответствующей нуждам массы застрахованных и потребностям развивающейся промышленности;

б) непригодность многих старых больничных зданий и отсутствие годных помещений для развертывания новых лечебных учреждений;

в) отсутствие или недостаточность оборудования, инструментария и медикаментов в лечебных и профилактических учреждениях;

г) отсутствие или недостаточность первой помощи, а также помощи на дому;

д) совершенная недостаточность профилактических специальных видов помощи (туб- и вендиспансеры, зубоврачеб-

ная и зуботехническая, физио-терапевтическая и другие специальные виды медпомощи);

е) недостаток врачей, особенно в отдаленных районах, неудовлетворительная квалификация обслуживающего медперсонала и, в частности, недостаточность специалистов-врачей;

ж) неустройство и неналаженность дела транспортирования больных.

VI с'езд медсантруд отметил, что медицинская помощь застрахованным улучшилась в период от V с'езда медсантруда, но все же страдает еще многими недостатками, а в ряде мест, особенно в промышленных районах вне городов, она неудовлетворительна и не соответствует требованиям, пред'являемым ей со стороны застрахованных.

С'езд констатирует крайний недостаток пунктов первой помощи на предприятиях, недостаточность коечной сети, особенно в промышленных районах вне городов, ветхость и неприспособленность многих больничных зданий, перегрузку больными амбулаторий и связанные с этим большие очереди и недостаточность специализации врачебной помощи в них.

VI с'езд пищевиков отметил, что медпомощь застрахованным в районах пищевкусовой промышленности, в частности, на рыбных промыслах, страдает еще многими существенными недочетами:

а) вследствие временного нахождения части лечучреждений в ведении хозорганов;

б) недостаточности существующей в этих районах лечебной сети;

в) непригодности многих старых больничных зданий и отсутствия годных для развертывания новых;

г) недостаточности отпуска средств на дело здравоохранения из местного бюджета.

В связи с тяжелым состоянием сельской участковой сети в неблагоприятном положении в отношении медобслуживания находятся предприятия пищевкусовой промышленности, расположенные в сельских местностях.

То же самое отмечается на конференциях по перевыборам страхкасс, где масса застрахованных часто жалуется на постановку медпомощи и на затруднения, связанные с получением этой медпомощи.

Недостатки медпомощи застрахованным отмечают также и хозяйственники.

Так например, Совет С'ездов государственной промышленности и торговли СССР признал, «что современное состояние медицинской сети не в состоянии удовлетворить потребность застрахованных в лечебной помощи, и что выделяемые промышленностью по фонду «Г» средства на оказа-

ние лечебной помощи застрахованным используются в настоящее время Наркомздравом не в полной мере по их прямому назначению.

Последствием этого является недостаточное обслуживание застрахованных медицинской помощью.

В связи с этим Совет С'ездов считает необходимым, чтобы Наркомздрав принял меры:

а) к расширению сети лечебных учреждений;

б) к пополнению их медицинским персоналом необходимой квалификации;

в) к организации вечерних приемов и устранению очередей в лечебных учреждениях, и

г) к достаточному снабжению лечебных заведений медикаментами.

Врачебный контроль и экспертиза.

Врачебный контроль и экспертиза находятся в ведении органов здравоохранения за исключением Ленинграда, где врачебный контроль и экспертиза сосредоточены в губстрахкассе. Отпуска по болезни и определение инвалидности для получения пенсий зависят от лечащих врачей, ВКК и Бюро Экспертизы органов здравоохранения, которые, таким образом, являются фактическими распорядителями страховых средств в двух самых крупных статьях страхового бюджета.

Работа врачебного контроля имеет огромное значение для страхорганов. Расходы страхкасс на оплату временной нетрудоспосоности выражаются в следующих цифрах: 1924/25 г.— 113.195.257 р., 1925/26 г.—156.600.000 р. и в 1926/27 г. предполагается израсходовать 202 милл. руб. В процентном отношении ко всем расходам по социальному страхованию расход по временной нетрудоспособности за 1924/25 г. составлял 38—40%. На оплату пенсий инвалидам израсходовано страхкассами в 1924/25 г. — 62.218.148 р., в 1925/26 г. за 3 квартала— 78.284.624 р., что ко всем расходам по соцстрахованию составляет в 1924/25 г. — 20,6%.

Число оплаченных страхкассами дней по временной нетрудоспособности равнялось в 1924/25 г.— 64.518.616, что составляет по СССР 10 дней на 1 застрахованного и по РСФСР — 10,82%. По отдельным промышленным районам число дней отпусков на 1 застрахованного колеблется от 10 до 18 в год.

Большинство отпусков по болезни (70—75%) падает на больничные листки, выдаваемые лечащим врачом, имеющим право освобождения до 14 дней, а остальные отпуска падают на ВКК.

Влияние страховых касс на работу лечащих врачей, выдающих больничные листки, осуществляется лишь через организуемый страхкассами последующий контроль на дому,

за исключением Ленинграда и Ростова, где организованы врачебные страховые консультации, проводящие более ранний контроль. Там же, где контроль на дому не организован, как напр., в Москве, вследствие противодействия Мосздрава, страхкассы не имеют никакого влияния на выдачу больничных листков лечащими врачами. Практика работы контроля на дому показала, что лечащими врачами и ВКК отпуска по болезни давались нередко неправильно, вследствие огромной перегруженности врачей, нежелания ссориться с застрахованными, проявляющими в некоторых случаях большой нажим на врачей, вплоть до насилий, лишь бы добиться отпуска, а иногда просто вследствие недостаточно бережного отношения к расходованию страховых средств отдельных врачей, выдававших больничные листки без достаточного основания «сезонным» и «бытовым» больным (летние работы в деревне, отпуска, женитьба и т. п.). Непроизводительные расходы, вызванные такими неправильными отпусками, ложились не только тяжелым бременем на бюджет страхкассы, но и наносили большой ущерб промышленности и народному хозяйству из-за прогулов, понижавших производительность труда. Для борьбы с этим явлением необходимо было усилить врачебный контроль за выдачей больничных листков со стороны наиболее заинтересованных в этом страхкасс. Это привело профсоюзы и страхкассы, к которым затем присоединились и хозяйственники, к требованию передачи врачебного контроля страхкассам и предоставления последним права утверждения списков лечащих врачей, выдающих больничные листки. За передачу врачебного контроля высказался еще V с'езд профсоюзов в 1922 г. и ряд с'ездов отдельных профсоюзов, как-то: металлистов, медсантруд и др. Ввиду противодействия передаче врачебного контроля страхкассам со стороны органов здравоохранения, спор этот остался неразрешенным до последнего времени. За это время было лишь страхорганам предоставлено право организовать контроль на дому, представители страхкассы и профсоюзов введены во врачебно-контрольные комиссии и страхкассам предоставлено участие в конкурсных комиссиях по отбору врачей для лечучреждений. Широкая кампания, поднятая профсоюзами и страхорганами против прогулов, симулянтов и за улучшение работы врачебного контроля и передачу его страхкассам, дала свои результаты в смысле подтягивания органами здравоохранения работы лечащих врачей и ВКК по выдаче больничных листков и более осторожного и внимательного отношения последних к предоставлению отпусков. Определенную роль в понижении числа прогулов сыграл организованный страхкассами контроль на дому, который является хорошим средством в руках страхкасс в борьбе против неправильных отпусков по болезни.

Так например, к о н т р о л ь н а д о м у в Ленинграде дал следующие результаты. Из общего количества 86.296 посеще-

ний, сделанных врачами-контролерами в 1925—26 г., 2.288, или 2,6%, приходилось на неправильные адреса, данные больными, 20.057, или 24,6% больных контроль не застал дома. Из этих отсутствующих 5.759, или 27,9%, уже сами приступили к работе и 12.935, или 62,6%, отсутствовали по неизвестной причине. Из общего числа обследованных в 63.351 чел. признано трудоспособными 7.718, или 12,2%, направлено сомнительных в ВКК 6.302, или 9,9%, в кассу—756, или 1,2%. В том же Ленинграде рабочий контроль страхкассы, который был организован лишь недавно, дал такие результаты: за сентябрь 1926 г. рабочим контролем было сделано 10.438 посещений, из них 5,1% дали неправильные адреса, 36,3% больных не оказалось дома, при чем 14,6% из не оказавшихся дома сами вышли на работу, из числа посланных для проверки в кассу 21,5% больных выписано на работу, 4,9% направлено в ВКК и 11,9%—в страхконсультацию. По Иваново-Вознесенску за период времени январь—август 1926 г. контролерами отправлено на проверку к доверенному врачу 5.982 больных. Из этого числа 854 чел., или 14%, не явилось к доверенному врачу, а сами вышли на работу и 3.017, или 50,4%, были признаны здоровыми и выписаны на работу.

Контроль на дому по Харькову в 1924/25 г. дал на 5.336 посещений 11,8% случаев отсутствия больных, которые по состоянию своего здоровья должны были быть дома, 8% потребовали сокращения или аннулирования отпусков. Из данных, представленных на Украинское совещание по врачебному контролю за 1924/25 г., количество неправильно оплаченных дней болезни равнялось 339.056 дням, что составляет 1.169 рабочих лет прогула и расход страхкасс в 650.000 руб. Опыт постановки контроля на дому московской страхкассой дал за 6 недель (с 15/VII по 1/IX—25 г.) следующие результаты: дали неправильные адреса 5,4%, отсутствие больного—33,6%, нетрудоспособность не подтвердилась—15,6%, отпуска можно было уменьшить—13,4%, контроль подозревал симуляцию и аггравацию—7,4%.

Обследование, произведенное в начале 1925 г. в Москве, привело к выводу, что посещения больных на дому дают до 40% посылки на работу.

Обследования работы контроля на дому дали такие результаты: по Подольской страхкассе (Моск. губ.) было аннулировано 40% отпусков, по Гусевской страхкассе (Владимирской губ.)—52%, по Воронежской—58%, по Кулебакской (Нижегородской губ.)—58%, по Твери процент выписанных на работу колебался от 30 до 50.

Эти примеры из работы контроля на дому показывают, что страхкассы в дальнейшем должны обратить особое внимание на организацию и усиление этого вида контроля. Однако, кон-

троль на дому может дать значительно бо̀льшие результаты, если он не будет оторван от работы лечащих врачей и ВКК, а наоборот, тесно связан с ними. Ввиду того, что главная масса отпусков по временной нетрудоспособности предоставляется лечащими врачами, необходимо, помимо усиления контроля на дому, еще установление более раннего контроля за выдачей лечащими врачами больничных листков. Этого можно достигнуть введением врачебных страховых консультаций лечащих врачей со страховыми врачами в амбулаториях и установления тесной связи между этими консультациями, врачебно-контрольными комиссиями и контролем на дому, что может быть достигнуто путем об'единения всего врачебного контроля в единую систему контроля, работающего под руководством страхкасс. Это предложение вполне подтверждается работой врачебного контроля в Ленинграде, находящегося в ведении Губстрахкассы. В последней врачебный контроль представляет собой единую систему и осуществляется через врачебно-страховые консультации, врачебно-контрольные комиссии и контроль на дому, работающие под непосредственным руководством страхкассы. Основную роль в этом контроле играют врачебно-страховые консультации и контроль на дому. Врачебно-страховые консультации состоят из лечащего врача и врача страхкассы. Все больные с продолжительностью болезни свыше 3 дней, нуждающиеся в освобождении по болезни, проходят через страхконсультацию. Этим достигается осуществление раннего контроля, приближение контроля к самим застрахованным еще в самом лечебном учреждении и разгрузка ВКК от многих больных. Лишь сомнительные больные, конфликтные случаи и больные, требующие освобождения свыше 4 недель, направляются страхконсультациями в ВКК.

За 1925/26 г. через врачебные страховые консультации Ленинграда прошло 306.846 чел. Из этого количества 91.480, или 29,9%, были признаны трудоспособными, 27.341, или 8,9%, направлены в ВКК и 1.122, или 0,3%, приходилось на долю конфликтных случаев. Число первичных освидетельствований в консультациях составляло 65—80% всех больных с утратой трудоспособности. После первичной консультации признано трудоспособными от 22 до 34%. По времени освидетельствования на 1—5 день через консультацию прошло 58,1% всех первичных больных, на 6-й день 20,3% и свыше 6 дней—21,6%.

Таким образом, две трети освидетельствованных приходится на контроль до 6 дней, тогда как в Москве, где врачебный контроль находится в органах здравоохранения, две трети всех отпусков падает на лечащих врачей, выдающих больничные листки до 14 дней вне всякого контроля ввиду отсутствия в Москве даже контроля на дому.

ВКК в Ленинграде является высшим органом контроля. Благодаря разгрузке ее работы от многих больных, проходящих через консультации, ВКК, имеющая в своем составе специалистов с большой квалификацией, более компетентна и лучше осуществляет свою работу по определению отпусков с длительной нетрудоспособностью в конфликтных и сомнительных случаях.

Так, за 1925/26 год через ВКК в Ленинграде прошло 197.506 ч., из них ВКК признали 17,7% здоровыми и 13,4% больными, но с сохранением трудоспособности. Таким образом, через ВКК в течение года были признаны трудоспособными 31,1% осмотренных лиц, что дало огромную экономию для бюджета страхкасс и для народного хозяйства.

В результате усиления всех видов контроля, находящегося в руках ленинградской страхкассы, наблюдается значительное сокращение числа оплаченных дней болезни (с 117,8 на 100 застрахованных в октябре 1925 г. до 84,1 в сентябре 1926 г., а если исключить отпуска для родов и увечных, представляющих более устойчивую величину, почти не зависящую от врачебного контроля, то отпуска по болезни с 94,5 на 100 застрахованных в октябре 1925 г., благодаря усилению врачебного контроля, снизились до 62,7 в сентябре 1926 г.).

Если мы сравним работу ВКК в Москве и Ленинграде, то в 1925 г. отказов ВКК в отпуске было: по Москве 18%, по Ленинграду—28%.

Опыт введения страхконсультации в Ростове-на-Дону, где отпуска по болезни могут быть получены лишь через консультацию и лечащие врачи сами лишены права выдачи больничного листка, показал резкое снижение числа оплаченных дней по временной нетрудоспособности. Так, до введения страхконсультаций в 1925 г. было признано нетрудоспособными по болезни, увечью и карантину на 1.000 застрахованных: июль — 1.284,3, август—942,9, сентябрь—923. С введением страхконсультаций за те же месяцы 1926 г.: июль—877,9 (страхконсультации введены частично), август—692,3, сентябрь—597,4 (страхконсультации работают полностью).

Указанные факты говорят, что при передаче врачебного контроля страхкассам последние смогут реорганизовать соответствующим образом врачебный контроль, чтобы повести более решительную борьбу с прогулами и с извлечением из бюджета страхкасс огромных средств на оплату неправильных отпусков.

Экспертиза инвалидности.

Расходы страхорганов на выплату пенсий инвалидам в значительной степени зависят от правильности работы Бюро Экспертизы. Последние находятся в ведении органов здравоохранения, за исключением Ленинграда, где Бюро Экспертизы принадлежат страхкассе. Деятельность Бюро Экспертизы по установлению инвалидности в разных местах Советского Союза производится на основе разных принципов. В некоторых местах определение группы инвалидности производится по процентным изменениям трудоспособности. В других — применяется классификация инвалидности, установленная Советским страховым законодательством. Это об'ясняется отсутствием должного руководства со стороны органов здравоохранения работой Бюро Экспертизы и, как следствие, наличием суб'ективных моментов при определении инвалидности в различных Бюро Экспертизы. Результатом этого является большое разнообразие и пестрота в определении Бюро Экспертизы групп инвалидности в различных частях Советского Союза.

Так, по данным статистического отдела Цусстраха, на 1 января 1926 г. имелось следующее распределение инвалидов по группам:

	1 группа.	2 группа.	3 группа.
Москва	11%	64,5%	24,7%
Ленинград	6,3%	43,6%	50,1%
Иваново-Вознесенск	4,7%	52,8%	42,5%
Нижегородская губ	8,0%	59,1%	32,9%
Транспорт	9,2%	52,2%	35,1%
РСФСР	6,8%	52,5%	40,7%
УССР (на 1/IV—1926 г.)	8,4%	61,8%	29,8%
СССР	7,5%	54,1%	36,4%

Эта таблица показывает, что в Ленинграде, где врачебная экспертиза принадлежит страхкассе, процент полных инвалидов значительно ниже, чем в других районах, где экспертиза находится в органах здравоохранения, несмотря на то, что Ленинград является крупным центром металлургической промышленности. Для примера можно сравнить работу Бюро Экспертизы в Москве и Ленинграде.

Наличие инвалидов труда по группам в %-ном исчислении в Москве и Ленинграде.
Наличие на 1 июля 1926 г.

	1 группа.	2 группа.	3 группа.	4, 5, 6 группы.	Всего.
В Москве.	10,7	64,7	24,3	0,3	100
В Ленинграде.	5,7	42,8	51,2	0,3	100

Распределение вновь прибывших инвалидов труда по группам в %-ном исчислении за время с I/X—1925 г. по I/VII—1926 г.

	1 группа.	2 группа.	3 группа.	4, 5, 6 группы.	Всего.
Москва.	12,7	56,6	30,7	—	100
Ленинград	7,2	37,9	54	0,9	100

Во всех случаях ленинградское Бюро Экспертизы дает более низкие группы инвалидности, чем Бюро Экспертизы Москвы и других местностей. Находясь в ведении страхкассы, ленинградское Бюро более осторожно подходит к определению групп инвалидности, не жалея средств на тщательное и полное исследование инвалидов, в связи с потерей ими заработка, обращая особое внимание на инвалидность, связанную с профзаболеванием и исследуя таких инвалидов в институте профзаболеваний. Работу свою Бюро Экспертизы ведет в тесном контакте с Врачебно-Контрольными Комиссиями, находящимися в ведении страхкасс. Эксперты Бюро знакомятся с детальными профессиями на предприятиях для того, чтобы более правильно подойти к определению, насколько та или иная болезнь или старость мешают продолжению профессиональной деятельности исследуемого.

Все это вместе взятое способствует тому, что ленинградское Бюро Экспертизы более правильно определяет группы инвалидности. Необходимо обратить самое серьезное внимание на деятельность остальных Бюро Экспертизы. Всего лучше это будет достигнуто, если Бюро Экспертизы перейдут в ведение страхкасс.

Участие профсоюзов и страхорганов в организации медпомощи застрахованным.

Организационные формы управления медпомощью застрахованным различны в отдельных союзных республиках.

В РСФСР эти формы определены Положением НКЗ, НКТ и ВЦСПС, утвержденным СНК от 8/III—1924 г.

Согласно этого положения, организация медпомощи застрахованным возлагается на отделения медпомощи застрахованным при Губздравах, возглавляемые заведующим, назначаемым межсоюзным профоб'единением по соглашению с Губсоцстрахом и зав. Губздравами. При Губздраве организуется рабочее страховое совещание из представителей межсоюзного об'единения, соцстраха и наиболее крупных профсоюзов. В центре при НКЗ организуется подотдел медпомощи застрахованным, возглавляемый членом коллегии НКЗ, выдвигаемым ВЦСПС. При НКЗ организовано центральное рабочее страховое совещание в составе, аналогичном рабстрахсовещаниям на местах. Согласно положения, планы и сметы по медпомощи застрахованным должны вырабатываться отделениями медпомощи совместно со страховыми органами и профессиональными союзами и утверждаться рабстрахсовещаниями. Медицинская помощь застрахованным оказывается как в лечебных учреждениях, отведенных исключительно для застрахованных, так и в общих лечебных учреждениях. Фонд «Г» переводится страхорганами на текущий счет отделений медпомощи застрахованным и должен твердо бронироваться исключительно на удовлетворение медпомощью нужд застрахованных. Всем поступлениям и расходам по фонду «Г» должен вестись особый учет. Все расходы по фонду «Г» должны производиться лишь по прямому назначению, в соответствии с утвержденными планами, при чем распоряжение этими суммами возлагается на заведующего отделением медпомощи с санкции заведующего здравотделом. Ответственность за расходование фонда «Г» по прямому назначению несет как заведующий здравотделом, так и заведующий отделением медпомощи застрахованным.

Однако, подотдел медпомощи застрахованным при НКЗ РСФСР и отделения при Губздравах, являвшиеся частями лечебного отдела НКЗ и лечебных подотделов Губздравов. а также рабочие страховые совещания в жизни не имели той роли в организации и руководстве медпомощью застрахованным, какая вытекала из Положения, что приводило к конфликтам профсоюзов и страхорганов с здраворганами.

На Украине с марта 1922 г. при НКЗдраве и местных органах здравоохранения созданы отделы и Бюро рабочей медицины (рабмеды), руководящие всем делом здравоохранения застрахованным. 3 февраля 1926 г. ВУЦИК и СНК УССР опубликовано постановление «об обеспечении застрахованных и членов их семейств медицинской помощью», которое регламентирует права и обязанности органов рабочей медицины и регулирует взаимоотношения органов здравоохранения со страховыми органами и профсоюзами. Согласно этого положения о рамбедах, фонд медпомощи является основным ис-

точником средств для обеспечения застрахованных и их семейств всеми видами лечебной и профилактической помощи. Он пополняется ассигнованиями местного и госбюджета и из других фондов. Средства фонда медпомощи бронируются полностью на обслуживание застрахованных и их семейств и расходуются на основные, специальные и профилактические виды медпомощи. Планы и сметы работ по оказанию медпомощи разрабатываются органами здравоохранения совместно с органами соцстрахования и профессиональными об'единениями и утверждаются соответствующими исполкомами, а в масштабе Украины — СНК. Для полного и совершенного обслуживания застрахованных квалифицированной медпомощью в составе НКЗ учреждается отдел рабмеда, а в составе окружных инспектур здравоохранения—Бюро рабмеда, являющиеся составной частью НКЗ и работающие под единым его управлением, под общим контролем межсоюзных проф-об'единений, в полном контакте с органами соцстраха. Список Бюро рабмеда утверждается ВУЦИК, который установил рабмеды в 35 округах Украины. Зав. отд. рабмеда НКЗ является членом его коллегии и вместе с заместителем выдвигается ВЦСПС и по согласовании с НКЗ назначается в установленном порядке. Аналогично зав. Бюро рабмедов выдвигаются окружными межсоюзными об'единениями по согласованию с окр. здравоинспектурами, являясь заместителями заведующих последних. При НКЗ и окринспектурах здравоохранения функционируют постоянные рабочие совещания из представителей проф- и страхорганов, которые рассматривают принципиальные вопросы, согласовывают и разрабатывают планы и сметы, осуществляют контроль за расходованием фонда медпомощи застрахованным и дотационных сумм гос. и местного бюджета и других фондов, контроль над выполнением планов и обсуждают вопросы текущей деятельности. Медицинская помощь застрахованным оказывается как в общих лечучреждениях, так и в специально выделенных, находящихся в заведывании рабмедов. Вне промышленных центров специальные лечучреждения для застрахованных не организуются. Сеть и план курортной помощи разрабатываются органами рабмеда и соцстраха совместно с профсоюзами. Регулирование внутреннего режима и общий надзор в домах отдыха и санаториях возлагаются на органы рабочей медицины.

В Белоруссии организационные формы управления медпомощью застрахованным выражаются в существовании подотдела рабмеда в окружных здравотделах и в НКЗ. Роль их, согласно оценки, данной Главсоцстрахом БССР, в ряде округов и в центре недостаточна.

В Закавказье формы управления медпомощью застрахованным приближаются к рабмедам. Участие профсоюзов и

страхорганов в организации медпомощи в ЗСФОР не имеет достаточной ясности и четкости.

Однако, оказалось на практике, что ни рабмеды, ни отделения медпомощи застрахованным не дают действительных гарантий правильного и целесообразного расходования фонда «Г», что побудило ВЦСПС и НКТ СССР поставить вопрос о других формах усиления влияния и роли профсоюзов и страхорганов в распоряжении фондом «Г» и предоставлении им более действительного контроля за его правильным использованием.

Мероприятия по улучшению медпомощи.

Мероприятия по улучшению медпомощи, повышению ее качества и приближению ее к застрахованным вытекают из указанных ее недостатков. Необходимо в плановом порядке провести расширение лечебно-профилактической сети и усилить ее строительство применительно к плану развертывания промышленности, росту числа застрахованных и нормам обеспечения их врачебной помощью. Необходимо увеличить число пунктов первой помощи на предприятиях, улучшить врачебную помощь на дому, повысить квалификацию и специализацию амбулаторно-поликлинической помощи. Нужно уничтожить перегрузку амбулаторных врачей и установить для них прием применительно к нормам, принятым НКЗ, а также усилить работу по специализации и усовершенствованию врачей. Необходимо также больше внимания уделять рационализации постановки работы лечучреждений и медперсонала, путем проведения вечерних приемов для застрахованных, усиления борьбы с очередями при записи больных и с волокитой в получении лекарств, улучшения снабжений лечучреждений в достаточном количестве необходимыми для работы приборами и аппаратурой.

В коечной помощи, помимо улучшения общей постановки и ухода за больными, особенно необходимо обратить внимание на организацию достаточного и доброкачественного питания. Особое внимание нужно обратить на усиление и улучшение специальных видов медпомощи, сети профилактических учреждений по борьбе с социальными болезнями и по охране материнства и младенчества в промышленных районах вне городов.

Крайне низкая зарплата, отсутствие жилищ, чрезмерная перегруженность в работе, нередкие случаи оскорблений и насилий со стороны больных — все это делает работу медперсонала крайне тяжелой и отражается на ее качестве. Поэтому в интересах больных необходимо скорейшее улучшение положения медперсонала.

Для проведения указанных мероприятий необходимо дальнейшее укрепление финансовой базы медпомощи застрахованным. Необходимо установить, чтобы фонд «Г» действительно расходовался исключительно по своему прямому назначению—на медпомощь застрахованным. Для этого нужно усилить роль страхорганов в распоряжении фондом «Г» и установить бо́льший их контроль за его правильным использованием.

Кроме этого, необходимо обеспечить отпуск средств на медпомощь застрахованным из государственного и местного бюджета, пропорционально числу застрахованных, а также на больничное и амбулаторное строительство и жилища для медперсонала в промышленных районах.

В отношении врачебного контроля необходимо передать его страхкассам и реорганизовать в единую систему контроля с обращением особого внимания на установление раннего контроля (страховые консультации) и усиления страхкассами работы контроля на дому.

Проведение в жизнь намеченных мероприятий по улучшению медпомощи застрахованным, на-ряду с углублением и рационализацией профилактической работы по оздоровлению труда и быта застрахованных при активном участии профсоюзов, страхорганов и самих застрахованных масс, создадут более благоприятные условия для сохранения здоровья рабочего класса и поднятия производительности его труда в интересах дальнейшего укрепления народного хозяйства и социалистического строительства СССР.

IV. САНАТОРНО-КУРОРТНАЯ РАБОТА СТРАХОВЫХ ОРГАНОВ.

Санаторно-курортная работа соцстраха в прошлом.

До 1924 года участие органов социального страхования в организации домов отдыха и санаторно-курортной помощи застрахованным было случайным и неорганизованным. Бесплатная санаторно-курортная помощь застрахованным предоставлялась, главным образом, за счет средств госбюджета, промышленности и профессиональных организаций. Последние расходовали на эту цель как собственные средства, так и средства, получаемые от промышленности по колдоговорам.

С того же 1924 года участие промышленности в расходах на эти цели начинает постепенно уменьшаться. В настоящем, 1926 году, промышленность совершенно освобождена от этих расходов, и социальное страхование стоит перед задачей принять на себя расход на эту цель полностью, без уменьшения масштаба этих видов помощи.

Таким образом, 1924 год можно считать началом организованного участия органов социального страхования в деле оказания санаторно-курортной помощи застрахованным. В том же году Цусстрах открыл свои первые санатории в Крыму и на Кавказе.

Необходимо отметить, что с самого начала Цусстрах отказался от аренды курортных коек и взял курс на самостоятельную организацию санаторий. Это вызывалось тем, что аренда курортных коек обходилась слишком дорого, да и постановка дела в санаториях ГКУ заставляла желать лучшего.

На протяжении этих трех лет расход социального страхования на эти виды помощи застрахованным неизменно возрастал. В 1924 году он выражался в сумме около 10.000.000 руб., в 1925 году — около 20.000.000 руб., в 1926 году — свыше 25.000.000 руб. В 1927 году, принимая во внимание, что органы социального страхования должны будут восполнить долю промышленности в этом расходе, затраты социального страхования на эти виды помощи выразятся в сумме свыше 35.000.000 руб.

Вся работа органов социального страхования в этой области пошла по двум направлениям. Деятельность Цусстраха шла в направлении организации курортного лечения для застрахованных во всесоюзном масштабе и руководства работой местных страховых органов. Последние организовывали дома отдыха и санатории внутригубернского значения для застрахованных своих районов. Санатории Цусстраха распадаются на туберкулезные, сосредоточенные на южном берегу Крыма, грязелечебные (Евпатория) и бальнеологические (Кав. Мин. Воды, Мацеста), имеется также небольшое количество коек для кумысолечения. Местные санатории в подавляющем числе — туберкулезные и только в некоторых местах — грязевые (Карачи в Сибири, Сестрорецк), для нервно-больных и т. д.

Основные задачи, которые преследовал Цусстрах в своей работе по организации курортного лечения и по урегулированию деятельности местных страховых органов, заключались в следующем.

1. Постановка дела в санаториях, где органы социального страхования арендовали отдельные койки, не могла считаться удовлетворительной, точно так же, как постановка дела в домах отдыха. К тому же содержание отдыхающих обходилось довольно дорого.

Поэтому нужно было добиваться возможного снижения стоимости содержания больных и отдыхающих при одновременном возможно большем улучшении постановки дела в домах отдыха и санаториях.

2. Ограниченность средств, которыми располагают органы социального страхования для санаторно-курортной помощи и домов отдыха, не дает возможности развить эти виды помощи застрахованным в той мере, в какой это вызывается потребностью застрахованных. Это вынудило Цусстрах в отношении санаторно-курортного лечения ограничить список заболеваний, по которому застрахованные направляются в санатории и на курорты, и установить такой отбор больных, при котором они в кратчайший срок могут получить возможно большее улучшение своего здоровья.

3. Провести в жизнь жесткую броню мест в домах отдыха, санаториях и на курортах для рабочих от станка, установленную в размере 80% для курортов, и 75% — для домов отдыха и местных санаторий.

4. Увязать работу курортов с работой местных санаторий, т.-е. не посылать на курорты больных, могущих лечиться в местных, более дешевых, санаториях, и установить правильное соотношение между развитием курортов и местных санаторий.

5. Развернуть возможно большее число домов отдыха, как наиболее дешевого из этих видов помощи; они дают возможность предоставить отдых большому количеству застрахованных, и в то же время имеют большое профилактическое значение, так как предоставляют рабочему отдых в надлежащих культурных и гигиенических условиях и прививают ему элементарные санитарно-гигиенические навыки.

6. Орабочить санаторный быт, т.-е. изжить в постановке дела в санаториях те моменты, которые остались в наследство от того времени, когда на курорты и санатории смотрели, главным образом, как на места увеселения, соответственно навыкам буржуазных больных, а не как на лечебные учреждения, и создать новые условия пребывания, отвечающие навыкам и быту рабочего, как в отношении питания, досуга, режима, так и в отношении общей постановки дела.

7. Увязать санаторно-курортную работу с основной работой социального страхования.

К сожалению, местные страховые органы зачастую разворачивают свою работу, не учитывая общих возможностей социального страхования, и выходят за пределы, которые практикой истекших лет определяются, приблизительно, в 6% общего бюджета социального страхования.

Работа санаторий Цусстраха.

Приступая к организации своих санаторий, Цусстрах преследовал, главным образом, две задачи: во-первых, дать курортное лечение, которое на местах получить нельзя, и, во-вторых, удешевить стоимость курортного лечения, так как аренда курортных коек органами социального страхования обходилась очень дорого.

Как выше было упомянуто, первые санатории Цусстрах развернул на южном берегу Крыма для климатического лечения туберкулезных и на Кавказских Минеральных Водах — для больных сердечно-сосудистой системой (Кисловодск), обменом веществ (Ессентуки, Железноводск), и для венериков, нервных и с профессиональными отравлениями (Пятигорск). В дальнейшем развертывание санаторий Цусстраха шло, главным образом, на бальнеологических и грязевых курортах.

Так, климатические койки в санаториях Цусстраха в сезоны 1924 г., 1925 г. и 1926 г. составляли соответственно 32,8%, 28,7% и 24,8% по отношению к общему числу коек в его санаториях в эти же сезоны; бальнеологические койки — 33,6%, 50,3% и 54,2%; грязевые — 24,0%, 18,2% и 18,6%; кумысные — 9,8%, 2,8% и 2,4%. Другими словами, процент туберкулезных коек (климатических и кумысных) в общем коечном фонде Цусстраха из года в год понижается, процент баль-

неологических — повышается. Что касается грязевых коек, то хотя их процент в общем коечном фонде Цусстраха за эти годы немного понизился, но по отношению к числу грязевых коек в 1924 году процент их увеличивается, как это видно из следующего сопоставления: если принять число грязевых коек в 1924 году за 100, то в 1925 году их было 106,4, а в 1926 г. — 127,7.

Этот уклон в работе Цусстраха в полной мере отвечает смыслу курортного лечения. Туберкулезные больные в значительной своей части с успехом могут лечиться в местных туберкулезных санаториях; только небольшая часть туберкулезных больных действительно нуждается в климатическом лечении, и для них коечный фонд Цусстраха вполне достаточен и не требует расширения.

В абсолютных числах количество коек в санаториях Цусстраха дает следующая таблица:

Число коек в санаториях Цусстраха по годам.

	Лето 1924 г.	Лето 1925 г.	Лето. 1926 г.	Зима 1924/25 г.	Зима 1925/26
Климатические койки . .	832	1.027	1.040	540	695
Кумысные „ . .	250	100	100	—	—
Бальнеолог. „ . .	859	1.790	2.275	200	455
Грязевые „ . .	611	650	780	—	—
Всего коек. . .	2.552	3.567	4.195	740	1.100

Число больных, прошедших через санатории Цусстраха за эти годы за счет средств социального страхования, равно: в 1924 году (за летний сезон) — 8.596 человек, в 1924—25 хозяйственном году (зимой и летом) — 10.187 чел., и в 1925—26 хозяйственном году — 14.008 чел.

Как видно из приведенной таблицы, коечный фонд Цусстраха за эти годы почти удвоился. Однако, в 1925 и 1926 г.г. не все койки поступили в бесплатную разверстку, и часть их была предоставлена профорганизациям за плату по себестоимости.

Свои первые санатории Цусстрах получил в аренду от Наркомздрава по соглашению от 13 февраля 1924 года.

Санатории были переданы ему почти без всякого инвентаря, без медицинских установок и требовали значительных

затрат на капитальный ремонт. В таком же виде находились и санатории, открытые Цусстрахом на протяжении истекших трех лет в связи с расширением коечного фонда на курортах. Таким образом, Цусстраху пришлось все свои санатории почти заново оборудовать и произвести в них большие капитальные ремонты.

В этом отношении Цусстрахом достигнуты значительные результаты. Все санатории оборудованы всем необходимым инвентарем, медицинскими установками, как напр., диагностические кабинеты, рентгеновские кабинеты, электро-светолечение, водолечение, солярии, кабинеты уха, носа и горла, гинекологические кабинеты, зубоврачебные кабинеты, ингаляторий и т. п. Обслуживающий персонал в большинстве своем подобран вполне удовлетворительно, о чем свидетельствуют отзывы больных и ревизии, произведенные за это время.

В отношении стоимости содержания также имеются достижения, как это видно из следующих таблиц:

Стоимость койко-дня в санаториях Цусстраха.
(Без амортизации).

	1924 г.	1925 г.
Ялта	5.01,5	4.24,9
Алупка	4.90,0	4.22,7
Евпатория	6.79,2 *)	4.88,9
Кавказ	5.07,8	4.33,1

(См. далее табл. на стр. 68)

Данные обеих таблиц показывают, что в отношении снижения стоимости койко-дня в санаториях Цусстраха имеются определенные достижения. Это снижение произошло, главным образом, за счет общего улучшения всей постановки дела. В частности снижен расход по содержанию обслуживающего персонала санаторий: в 1924 году зарплата составляла в Ялте 34,1% общей стоимости койко-дня, в 1925 году — 27,5%; в Алупке в 1924 г.—30,6%, в 1925 г.—28,8% и т. д. Это было достигнуто сжатием штатов обслуживающего персонала при одновременном уплотнении рабочего дня служащих и более правильном распределении работы.. Далее, имеется снижение хозяйственных расходов: в Евпатории в 1924 году они составляли 9,2% общей стоимости койко-дня, в 1925 г.—4,9%; на Кавказе в 1924 г.—

*) В 1924 г. Евпаторийские санатории находились в ведении ЦК ж. д. и НКПС.

Калькуляция койко-дня (отчетная, без амортизации).

Элементы калькуляции.	1924 год (лето).								1925 год (лето).							
	Ялта.		Алупка.		Евпатория.		Кавказ.		Ялта.		Алупка.		Евпатория.		Кавказ.	
	Руб.	%%	Руб.	%%	Руб.	%%	Руб.	%%	Руб.	%%	Руб.	%%	Руб.	%%	Руб.	%%
1. Зарплата . .	1.71,0	34,1	1.49,7	30,6	2.77,1	40,8	1.65,5	32,5	1.16,8	27,5	1.21,8	28,8	1.45,0	29,7	1.08.1	25,0
2. Хоз. расходы.	25,8	5,1	9,8	2,0	64,0	9,2	30,5	6,0	21,7	5,1	12,1	2,9	24,1	4,9	19,2	4,4
3. Сод. здан. и помещений . .	33,0	6,6	67,5	13,7	1.14,9	16,9	24,0	4,7	27,1	6,3	58,0	13,7	42,7	8,7	43,2	10,0
4. Сан. и благ. .	11,5	2,3	12,0	2,5	2,6	0,5	11,1	2,2	9,1	2,2	1,3	0,3	1,4	0,3	3,2	0,8
5. Сод. больн. .	2.42,2	48,3	2.35,0	47,9	2.01,0	29,6	2.53,8	50,0	2.04,0	48,0	2.16,7	51,3	2.50,9	51,3	2.53,3	58,4
6. Культпросв. .	6,4	1,3	2,0	0,4	4,7	0,8	4,7	1,0	6,3	1,6	4,2	1,0	4,4	0,9	6,1	1,4
7. Прочие расх.	11,6	2,3	14,0	2,9	14,9	2,2	18,2	3,6	39,9	9,3	8,6	2,0	20,4	4,2	—	—
Всего. .	5.01,5	100,0	4.90,0	100,0	6.79,2	100,0	5.07,8	100,0	4.24,9	100,0	4.22,7	100,0	4.88,9	100,0	4.33,1	100,0

3,0%, в 1925 г.—4,4% и т. д. В то же время расходы на содержание больных не только не уменьшились, но даже повысились: в Алупке в 1924 г. они составляли 47,9% общей стоимости койко-дня, в 1925 г. — 51,3%, в Евпатории в 1924 г.—29,6%, в 1925 г.—51,3%, на Кавказе в 1924 г.—50,0%, в 1925 г.—58,4%. То же наблюдается и в отношении расходов на культурно-просветительную работу: в Ялте в 1924 г.—1,3%, в 1925 г.—1,6%, в Алупке в 1924 г.—0,4%, в 1925 г.—1,0% и т. д.

Для характеристики постановки дела в санаториях Цусстраха приводим следующее сопоставление с санаториями Главного Курортного Управления:

а) В санаториях Цусстраха предоставляются все виды лечения, которые требуются курортному больному, в том числе дорого стоящие медикаменты, патентованные средства, рентгено-фото-терапия, оперативная помощь, помощь акушерско-гинекологическая, ортопедическая (крахмальные повязки, вытяжные кровати, корсеты и т. д.), зубоврачебная помощь и т. д. Стоимость всего этого входит в указанную выше стоимость койко-дня.

Все перечисленные виды помощи в расценку мест ГКУ не входят и оплачиваются больными, сверх его расценок, по особой таксе.

б) В стоимость койко-месяца у Цусстраха входит и проезд больных от ж.-д. станций до санаторий и обратно (напр., от Севастополя до Ялты, Алупки, от Сочи до Мацесты и т. д.). В расценку мест у ГКУ этот проезд не входит и оплачивается особо (от Севастополя до Ялты — 17 руб. туда и обратно).

в) В санаториях Цусстраха больные получают постельное и нательное белье, верхнюю одежду, обувь. В санаториях ГКУ—только постельное белье.

В то же время стоимость койко-месяца в санаториях Главного Куроротного Управления выше, чем в санаториях Цусстраха. Так например, расценка курортных мест в санаториях ГКУ на Кавказских Минеральных Водах (Кисловодск, Ессентуки, Пятигорск, Железноводск) в 1926 году была 156 руб. койко-месяц по договорам и 168 рублей койко-месяц—для одиночек членов профсоюзов. В санаториях же Цусстраха на Кав. Мин. Водах стоимость койко-дня без амортизации составляла 4 руб. 33,1 коп. или, если прибавить капитальные затраты (капит. ремонт, оборудование, инвентарь), в амортизационном проценте, что выражается по отчетным данным в среднем около 50 коп. на койко-день, полная стоимость койко-месяца составила около 150 рублей.

В отношении результатов лечения показательны следующие данные: по отзывам больных, улучшение получило 85% общего числа прошедших больных, без перемен—13%, ухудшение—2%. По данным статистических курортных карт, выздо-

ровело 2,3%, выписано с улучшением—87,8%, без перемен — 9,3%, с ухудшением—0,4% и умерло—0,2%. Почти полное совпадение отзывов больных с оценкой результатов лечения врачами санаторий свидетельствует, что эти результаты действительно высоки.

Некоторыми страхкассами (Ленинградской, Северо-Кавказской) был проведен в виде опыта учет результатов лечения по числу оплаченных дней нетрудоспособности за известный период до посылки на курорт и за такой же период по возвращении больного с курорта. Данные этого опыта говорят за то, что курортное лечение определенно снижает число дней временной нетрудоспособности, при чем наиболее яркие результаты были получены в отношении грязевых и бальнеологических курортов. Разумеется, этот опыт учета отдаленных результатов лечения не может еще служить доказательством его полной применимости, и в этой области необходима еще большая работа.

При распределении курортных коек в санаториях Цусстраха по отдельным республикам принимались во внимание следующие моменты: а) число застрахованных в республике, б) промышленное значение районов, в) состав застрахованных и г) расстояние от курортов. Последнее соображение особенно важно в отношении туберкулезных больных, для которых поездка на дальнее расстояние могла принести непоправимое ухудшение в их здоровьи и, во всяком случае, свести к нулю ту поправку, которую они получили бы на курорте. В соответствии с указанными соображениями распределение коек в санаториях Цусстраха за истекшие годы рисуется в следующем виде:

Распределение коек Цусстраха по республикам и годам.

Виды курортн. лечения.	РСФСР.			Украина.			Закавказье.			Туркестан.			Белоруссия.			Транспорт.		
	1924	1925	1926	1924	1925	1926	1924	1925	1926	1924	1925	1926	1924	1925	1926	1924	1925	1926
Климат. и кумыс. койки .	586	455	429	194	167	94	5	5	—	5	5	3	10	10	10	263	180	141
Бальнеолог. койки .	596	1.006	746	190	174	202	59	51	53	10	5	45	7	11	21	—	219	236
Грязевые койки .	159	323	343	25	15	—	—	—	—	—	—	4	—	2	10	346	171	174
Всего .	1.341	1.784	1.518	409	356	296	64	56	53	15	10	52	17	23	41	609	570	551

Данные этой таблицы свидетельствуют о том, что курортное лечение за счет страховых средств не выходит за известные пределы и даже имеет тенденцию к некоторому снижению (РСФСР, Украина, Закавказье, транспорт). Что касается Туркестана (теперь Узбекистан и Туркменистан) и Белоруссии, то для первого увеличение числа коек об'ясняется происшедшим выделением двух союзных республик, которое произошло в конце 1925 года, а для Белоруссии — вследствие расширения территории этой республики за счет РСФСР (присоединены части Смоленской и Витебской губерний).

Последняя таблица показывает также систематическое снижение климатических коек и увеличение бальнеологических по всем республикам и транспорту, что находится в полном соответствии с отмеченным выше уклоном в работе Цусстраха. Для дальнейшего развития грязевого лечения необходима постройка новой грязелечебницы в Евпатории, на что Цусстрах до сего времени пойти не мог, до тех пор, пока не был определенно вырешен вопрос о сроке пользования этим курортом. В настоящее время вопрос этот правительством разрешен в положительном для Цусстраха смысле, и постройка новой грязелечебницы включена Цусстрахом в программу работ ближайших 2—3 лет.

Параллельно с указанным уклоном в работе Цусстраха по организации курортного лечения наблюдается сильный рост числа застрахованных, прошедших через дома отдыха и местные санатории. Так, в 1924—25 году, по отчетным данным, прошло через местные санатории 50.935 человек и через дома отдыха—254.844 человека; в 1925—26 году, по предварительным данным, число прошедших через местные санатории уже равно 45.538 человек и через дома отдыха—291.499 человек.

Такое соотношение этих видов помощи является результатом согласования Цусстрахом своей работы в области курортного лечения с работой местных страховых органов в области санаторного лечения и организации домов отдыха.

В своей деятельности по организации курортного лечения Цусстрах столкнулся с необходимостью предоставить часть своего коечного фонда на курортах профессиональным организациям за плату по себестоимости.

Это было вызвано теми соображениями, что в санаториях Цусстраха постановка дела более удовлетворительна и санаторный быт более соответствовал навыкам рабочего, чем в санаториях других организаций, и, кроме того, пребывание в санаториях Цусстраха обходилось дешевле.

Следующая таблица характеризует рост обслуживания Цусстрахом профсоюзов платными койками.

Число коек Цусстраха, предоставленных профорганизациям за плату.

Годы.	Ялта.	Алупка.	Евпатория (грязи).	Евпатория (костн.).	Кисловодск.	Ессентуки.	Пятигорск.	Железнов.	Кумыс.	Сочи—Мацеста.	Всего.
1925. . .	105	140	139	—	151	140	20	53	—	—	748
1926. . .	170	179	217	8	655	156	50	49	10	42	1.536

В общем за время функционирования санаторий Цусстраха—с мая 1924 года по октябрь 1925 года—Цусстрахом израсходовано:

Расходование средств на курорты Цусстраха по годам.

Наименование расходов.	В 1924 году (отчетные).		За 1924—25 г. (отчетные).		На 1925—26 г. (сметные).	
1. Текущие расходы по содержанию. . . .	1.656.005	21	3.032.941	16	3.630.700	37
2. Чрезвычайные расходы						
а) капит. рем. и оборуд. .	419.510	44	713.995	35	1.685.527	11
б) хоз. и мед. инвентарь и проч. . . .	486.021	16	843.998	38	948.555	50
	2.561.536	81	4.590.934	89	6.264.782	98

Показанные в таблице сметные предположения на 1925—1926 г., по предварительным отчетным данным, осуществлены в полной мере, даже с некоторым перерасходом, и, следовательно, могут также считаться предварительными отчетными данными.

В деле организации своих санаторий Цусстрах встретил значительные затруднения, обусловленные несочувственным отношением Наркомздрава к его работе. Прежде всего, это отразилось на плановости ведения Цусстрахом его санаторного хозяйства.

Вследствие краткости сроков пользования, Цусстрах был вынужден производить лишь те затраты на санатории, без которых они не могли функционировать. Производить необходимые улучшения и переустройства и вообще нормально развивать все стороны своего санаторного хозяйства Цусстрах не мог, так как краткий срок пользования не оправдывал необходимых для этого крупных затрат. Такое положение, естественно, отражается также и на всей постановке дела в санаториях и, в частности, на достижениях в области стоящих перед Цусстрахом задач в этом деле. Нет возможности вполне наладить хозяйственную сторону в санаториях, вводить рациональное медицинское обслуживание, нормально развивать те виды курортного лечения, в которых застрахованная масса испытывает наибольшую нужду, и т. п., так как для всего этого необходимы крупные затраты и нормальные условия работы.

В таком же положении находится и работа местных страховых органов, поскольку дома отдыха и санатории находятся в их пользовании, в подавляющем числе случаев, лишь на короткий срок их аренды.

В настоящее время, в согласии с решением Президиума ЦИК СССР о необходимости закрепить за Цусстрахом дома отдыха и санатории на длительный срок пользования, Цусстрахом возбуждено в СНК СССР ходатайство об издании соответствующего постановления. В связи с этим Цусстрах и местные страховые органы получают возможность поставить это дело на надлежащие рельсы, установить в развитии его строгую плановость и изжить те недочеты в работе, которые обусловливаются существующим положением дела.

Помимо указанных выше недочетов, в работе санаторий Цусстраха наблюдаются еще недочеты по причине недостаточной организованности в постановке всего дела. Так, до сего времени отбор больных стоит не на надлежащей высоте. Если число противопоказанных, благодаря принятым Цусстрахом мерам, с каждым годом уменьшается, то сейчас необходимо будет обратить внимание на непоказанных больных, т.-е. таких, для которых данный курорт вреда принести не может, но они, собственно говоря, в лечении на этом курорте не нуждаются. Таких больных в санаториях Цусстраха бывает до 30%.

Необходимо также остановиться на перерасходах по сметам, которые до сего времени еще не изжиты. Это явление имеет

место как в санаториях Цусстраха, так и в домах отдыха и санаториях местных страховых органов.

Отчасти это об'ясняется недостаточным руководством Цусстраха, но главным образом причина перерасходов заложена в недостаточной дисциплинированности мест (в том числе и санаторий Цусстраха). Перерасходы эти в подавляющем числе случаев вызываются необходимыми по ходу работы мероприятиями, но, разумеется, это не может служить оправданием нарушения утвержденных смет. С этим явлением Цусстрах повел сейчас серьезную и жесткую борьбу.

Работа местных страховых органов.

Переходя к работе местных страховых органов, нужно отметить, что ни о какой плановости в первоначальный период этой работы не могло быть и речи. Участие страховых органов в организации домов отдыха и санаторного лечения для застрахованных началось чисто стихийно и постепенно увеличивалось в связи с успехом этой работы страхорганов среди застрахованных. Только с 1924 года, когда Цусстрах стал вводить эту работу страхорганов в определенное русло, можно констатировать зачатки плановости. К тому времени, когда Цусстрах взял на себя руководство этой работой мест, развитие домов отдыха и санаторного лечения на местах достигло уже значительных размеров. При этом страховые органы менее промышленных районов, более свободно располагавшие средствами, развили эту работу значительно шире; нежели страхорганы промышленных районов, не имевшие возможности уделять много средств на эти цели. В результате получилось положение, при котором малопромышленные районы были обеспечены домами отдыха и санаторным лечением в большей степени, чем промышленные районы.

На первых порах работа местных страховых органов в этой области не поддавалась регулированию. Для этого нужен был опыт, которого у Цусстраха тогда не было.

В связи с этим, вследствие почти полного отсутствия руководства со стороны центра, на местах работа велась в каждом районе по-своему. Следствием этого явился разнобой в хозяйствовании, в стоимости содержания больных и отдыхающих, в постановке дела в домах отдыха и санаториях и т. п., что можно иллюстрировать следующими данными: еще в 1925 году стоимость койко-месяца в домах отдыха колебалась от 105 руб. 30 коп. до 37 руб. 93 коп. По составным элементам эта стоимость койко-месяца распределялась таким образом: содержание обслуживающего персонала в домах отдыха колебалось от 6 р. 30 к. до 24 р. 25 к., или в процентах к общей стоимости—

от 12 до 29%. Питание отдыхающих от 24 р. 30 к. до 42 р. 12 к., или в процентах—от 28 до 61%. Все прочие расходы (хозяйственные, текущий ремонт и пр.)—от 1 р. до 24 р. 30 к., или в процентах—от 3 до 25%.

Данные обследований домов отдыха и санаторий, произведенных в течение текущего 1926 года по некоторым районам, свидетельствуют о том, что еще в текущем году этот разнобой не изжит. Достаточно привести следующие цифры стоимости койко-месяца в домах отдыха: в Северо-Кавказском крае—от 69 р. 86 к. до 93 руб., в Череповецкой губ.—56 руб., в Московской губ.—55 р. 20 к. и т. д. В то же время стоимость питания в этих же районах дает следующие цифры (в процентах): Северо-Кавказский край—от 35 до 45%, Московская губ. — 67,22%; хозяйственные расходы: Сев.-Кавказский край—25%. Московская губ.—14,13%.

Почти такие же соотношения наблюдаются и по местным санаториям.

Этот разнобой в стоимости содержания отдыхающих и больных никак нельзя об'яснить одним только различием условий работы в разных районах.

Несомненно, в значительной своей части этот разнобой обусловлен неумелым ведением дела или просто незнанием, как вести его надлежащим образом.

Следует отметить еще, что во многих домах отдыха, которые должны давать рабочему организованный отдых, нет врачебного надзора (дом отдыха «Страховик» Иваново-Вознесенской страхкассы, многие Уральские дома отдыха и др.).

В последнее время местные страховые органы увлеклись новым строительством и капитальными переустройствами домов отдыха и санаторий. К этому их побуждает огромная потребность застрахованных в этих видах помощи, с одной стороны, и сильный недостаток подходящих зданий, с другой. Однако и в области строительства места обнаруживают недостаточную продуманность и строят зачастую без учета финансовых возможностей социального страхования, не говоря уже о частом отсутствии при этих работах заранее проработанного плана эксплоатации и достачного внимания к вопросам хозяйственной их целесообразности. В качестве примера можно указать на Украину, развернувшую в этом году новое строительство на 1000 коек. При этом дело ведется так, что Цусстрах оказывается перед совершившимся фактом начатых построек и вынужден разрешать окончание их в ущерб другим статьям расходов на санаторно-курортную работу.

Разумеется, такое положение совершенно недопустимо, в особенности, в виду переживаемого социальным страхованием тяжелого финансового положения. Это вынудило Цусстрах за-

претить местным страховым органам производство нового строительства и капитальных переустройств санаторий и домов отдыха без предварительного разрешения Цусстраха.

Конечно, нельзя отрицать что за истекшие годы в этой работе страховых органов имеются достижения. По свидетельству упомянутых выше обследований, общая постановка дела во многих домах отдыха и санаториях все же достаточно удовлетворительна, во многих районах страхкассам удается за счет снижения стоимости содержания увеличить число отдыхающих и больных, культурная работа усиливается.

Однако, эти достижения еще весьма недостаточны, так как наличие разнобоя в хозяйствовании и в постановке дела вызывает неоправдываемый расход страховых средств, что при существующем тяжелом финансовом состоянии социального страхования недопустимо. С наступающего 1926/27 хозяйственного года Цусстрах обязал места представить полные и подробные планы их работы в этой области и ввел жесткий сметный порядок расходования страховых средств на эти цели.

В отношении своих санаторий Цусстрах устанавливает порядок, при котором перерасход против утвержденной сметы влечет за собой административное взыскание вплоть до снятия с работы. Цусстрах вынужден стать на этот путь, так как необходимо, наконец, положить предел расхлябанности в работе мест, и установить строгую плановость в расходовании страховых средств.

Ближайшие перспективы работы.

В своей дальнейшей работе в этой области Цусстрах ставит себе следующую программу:

1. Выработать перспективный план Цусстраха и местных органов хотя бы на 5 лет. Только при таком условии можно будет рационально проводить программу работ и нормально развивать санаторно-курортную помощь и дома отдыха в соответствии с общими задачами социального страхования и его финансовыми возможностями.

2. Обратить главное внимание свое на работу местных органов и на постановку дела в домах отдыха и санаториях. В санаториях Цусстраха дело более или менее уже налажено, между тем как на местах необходимо провести еще большую работу.

3. Не останавливаясь над достигнутыми результатами в стоимости содержания больных в санаториях Цусстраха, углубить работу по дальнейшему удешевлению стоимости койко-дня.

В отношении местных страхорганов — установить нормальные штаты для домов отдыха и санаторий, ввести в жесткое русло хозяйственные расходы и т. д.

4. Учитывая наблюдающийся еще значительный процент непоказанных больных в своих санаториях, разработать мероприятия, обеспечивающие правильный отбор в строгом соответствии с показаниями, установленными для этих санаторий.

5. Принять меры к закреплению за Цусстрахом и местными страховыми органами домов отдыха и санаторий, так как поставленные в необходимость арендовать здания для этой цели, Цусстрах и места вынуждены иногда платить чрезмерно высокую арендную плату. Кроме того, система аренды не обеспечивает Цусстраху и местам достаточно длительного срока пользования зданиями, а это в свою очередь не дает им возможности произвести необходимые капитальные затраты на дома отдыха и санатории.

V. ОРГАНИЗАЦИОННАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СТРАХОВЫХ ОРГАНОВ.

Структура и развитие страхового аппарата.

Вся работа по проведению в жизнь социального страхования проводится следующим техническим аппаратом. На местах (в уездах, округах, губерниях и т. п.) организованы страховые кассы, обслуживающие всех застрахованных данного района, кроме работников железнодорожного и водного транспорта, для обслуживания которых функционируют специальные транспортные страховые кассы. Работой касс руководят комитеты, избираемые на межсоюзных конференциях. Для наибольшего приближения страхового аппарата к застрахованным, учреждены страховые пункты и уполномоченные страховых касс, которые действуют на основании особого Положения. Согласно этого Положения, страховые пункты организуются в районах и отдельных предприятиях с числом застрахованных от 200 до 2.000, а должности уполномоченных учреждаются в районах и предприятиях с количеством застрахованных от 50 до 250. Районные страховые кассы об'единяются губернскими (окружными) страховыми кассами. Эти кассы заменили собою существовавшие до сих пор губернские управления по социальному страхованию при отделах труда местных советов. Основное различие между губкассами и бывшими губсоцстрахами заключается в том, что губкассы возглавляются комитетами, избираемыми на межсоюзных конференциях или с'ездах, а во главе губсоцстрахов стояли начальники, назначаемые заведующими отделами труда.

Все местные органы социального страхования в пределах Союзной республики работают под общим руководством главных управлений по соцстраху республиканского Наркомтруда. Органом, ведающим всем делом социального страхования в пределах СССР, является Центральное Управление Социального Страхования (Цусстрах), входящее в состав Наркомтруда СССР.

Ряд особенностей транспорта: организация административно-хозяйственных органов, по линейному признаку, разбро-

санность работников транспорта по линиям железнодорожных и водных путей, потребовал организации специальной сети транспортных касс.

Структура транспортных органов следующая:

При Цусстрахе НКТ СССР имеется Центральная Транспортная Страховая Секция (ЦТСС). Во главе Секции стоит коллегия из 3 ответственных работников, выделенных ЦК профсоюзов железнодорожников и водников. Наиболее существенными задачами ЦТС Секции являются: проработка директив Цусстраха в применении к транспорту, инспектирование и инструктирование транспортных страховых органов.

Местными органами социального страхования на транспорте являются: дорожные, районные и участковые страховые кассы.

Дорожные (на железных дорогах) и районные (на водных путях) страхкассы выполняют в отношении страхователей, застрахованных и участковых касс всей ж. д. или водного района приблизительно те же функции, что и губернские кассы социального страхования в отношении страхователей, застрахованных и местных (общегородских, районных или уездных) касс той или иной губернии.

Участковые кассы, обслуживающие рабочих и служащих, работающих на протяжении определенного транспортного участка (обычно, по участкам службы тяги), несут функции примерно те же, что и местные территориальные кассы (районные и уездные).

Помимо дорожных, районных и участковых страхкасс, в целях наибольшей связи с застрахованными и наилучшего их обслуживания организованы страхпункты и страховые уполномоченные.

Комитеты транспортных страховых касс как низших, так и высших формируются исключительно профсоюзами, путем избрания на соответствующих участковых, дорожных, районных с'ездах профсоюзов работников железнодорожного и водного транспорта. Комитеты касс ведут свою работу под непосредственным влиянием и контролем соответствующих союзных органов (учкпрофсожей, дорпрофсожей и райкомводов).

Построение органов социального страхования исходило из основной цели—добиться наиболее приближенного к широкой рабочей массе страхового аппарата.

Если посмотреть, как изменялось количество страховых касс, пунктов и уполномоченных, то легко установить, что наряду с уменьшением числа касс и их укрупнением, наоборот, растет количество пунктов и уполномоченных. Действительно, в начале организации страхового аппарата в 1923 году существовало 759 касс, на 1 июля 1924 года их было 679, на 1 октября 1924 года—630, на 1 января 1925 года—542, за послед-

-ний год эти цифры начинают стабилизоваться: на 1 января 1926 г. существовало 545, а на 1 июля 1926 года—553 кассы. Как видно, сеть страховых касс уже достигла своей нормы и в дальнейшем вряд ли будет сильно изменяться. В то же самое время количество страховых пунктов и уполномоченных страхкасс на отдельных предприятиях и в учреждениях движется в обратном направлении. Страховых пунктов на 1 января 1925 г. было 786, на 1 января 1926 г.—810, а на 1 июля 1926 г. уже 840. Уполномоченных страховых касс на 1 января 1925 г. было 1.090, на 1 января 1926 г.—1.152, а на 1 июля 1926 г. уже 1.159. Значение этого роста числа страховых пунктов и уполономоченных весьма велико, так как они служат лучшим средством приблизить работу кассы к предприятию и застрахованным.

На-ряду с работой по возможному приближению своего аппарата к крупным предприятиям и учреждениям, некоторые страховые кассы за последнее время стали производить свои операции не только в утренние, но и в вечерние часы с целью дать возможность застрахованному обращаться к кассе со своими нуждами в свободное для него время.

Число сотрудников в страховых органах, хотя и растет в абсолютных числах, но если сравнить их с ростом количества обслуживаемых ими застрахованных, то обнаруживается почти полная стабилизация среднего количества застрахованных, обслуживаемых одним сотрудником. В последние полтора года произошло небольшое снижение числа застрахованных, приходящихся на одного сотрудника. Так, в местных страховых кассах на 1 января 1925 года один сотрудник обслуживал 457,22, на 1 июля 1925 года — 475,15, на 1 января 1926 г.— 454,53, а на 1 июля 1926 г.—460,02 застрахованных. Эти цифры указывают на недостаточно жесткий подход на местах к сокращению штата.

Задача страховых органов добиться в дальнейшем еще большего уплотнения рабочего времени, рационализации всей своей работы с тем, чтобы количество сотрудников не только не увеличивалось, но, наоборот, уменьшалось бы.

Особое внимание должно быть обращено на подбор сотрудников страховых касс. Очень часто отдельные сотрудники страховых касс, недостаточно еще уяснившие общественное значение страховой работы, как работы, связанной с обслуживанием рабочей массы, допускают невнимательное, а иногда и грубое обращение с застрахованными. Против подобного отношения к застрахованным надо бороться самым решительным образом.

На происходившем в конце марта 1926 г. Всесоюзном совещании страховых работников был разработан целый ряд мероприятий по рационализации и уточнению работы страховых касс. Совещание это признало, что основными задачами орга-

низационной работы в дальнейшем должны являться: максимальное приближение страхового аппарата к застрахованным, более тесная увязка с работой низших союзных ячеек, достижение максимальной экономии в орграсходах и изжитие наблюдающихся кое-где волокиты и бюрократизма. В целях борьбы с бюрократизмом страховые органы должны стремиться к проведению большей гласности в своей работе (посредством приглашения на свои заседании представителей печати, информации через печать и своевременного ознакомления застрахованных со своими постановлениями и т. д.).

Указанные выше задачи смогут быть достигнуты только в том случае, когда рабочий аппарат по социальному страхованию, хотя бы в основных своих частях, будет укомплектован отвечающими своему назначению работниками. Необходимо поэтому в дальнейшем стремиться к максимальному насыщению страхового аппарата лицами, имеющими выборный профессиональный стаж, а также проведению среди наличного кадра сотрудников работы по раз'яснению значения социального страхования для широких рабочих масс. Вместе с тем, необходимо, чтобы при укомплектовании рабочего аппарата, главное внимание уделялось надлежащей квалификации работников.

В середине июля 1926 г. Цусстрахом были даны новые директивы, еще более уточняющие технику работы страховых касс с целью улучшения их аппарата. В этих целях Цусстрах предложил местным органам:

«Усилить ответственность работников страховых касс за невнимательное или грубое отношение к застрахованным, для чего во всех страховых органах следует организовать: а) прием жалоб в особый ящик для жалоб и дежурства членов комитета для приема жалоб и б) учет соответствующих сведений, появляющихся в печати. О дежурствах членов комитета должны быть широко оповещены застрахованные.

По каждой жалобе и заметке в печати производить тщательное расследование и публично давать ответ (по личной жалобе—в стенгазете того предприятия, где работает жалобщик, по заметке в газете—мотивированный ответ в этой же газете).

Установить, как правило, что в случаях, если при рассмотрении дела в высшем органе не достает каких-либо документов, ответственность за это должна пасть на того работника низшего страхового органа, который принимал данное дело без соответствующих документов. Поэтому приемщик документов при приеме последних должен их тщательно проверять и подробно раз'яснять, какие документы необходимы и как они должны быть оформлены. Приемщик должен дать застрахованному письменный перечень недостающих документов.

Обязательно ввести выдачу расписок в получении документов.

Усилить ответственность работников страховых касс за небрежное отношение к документам (представление дела без надлежащей описи, без заполнения необходимыми сведениями тех или иных документов и т. п.).

Установить максимальные сроки движения дел, со строгим соблюдением этих сроков, не допуская многократного откладывания разбора того или иного дела.

Усилить информацию застрахованных посредством вывешивания в кассах плакатов с краткими и ясными указаниями о необходимых формальностях, о порядке принесения жалоб на действия работников кассы и т. д.».

Работа по улучшению деятельности страхового аппарата является сейчас одной из важнейших и основных.

В надлежащей постановке этой работы весьма заинтересованы самые широкие рабочие массы и только при их активном участии и содействии по выявлению случаев неправильного обслуживания их страховой помощью союзные и страховые органы смогут добиться необходимых результатов.

Весьма большое значение в страховой работе имеет целый ряд формальностей, которые должны выполнять застрахованные для получения помощи из страховых касс.

Поскольку страховые кассы по некоторым видам страхования (при болезни, инвалидности, дополнительным видам и т. п.) выдают сейчас довольно значительные денежные суммы,—мы сталкиваемся с определенной тягой за этими деньгами со стороны целого ряда лиц, не имеющих права на помощь по соцстраху. Тяга это вызывается иногда также и тем обстоятельством, что сам факт зачисления на пособие по безработице или же на пенсию по инвалидности дает как бы новое «социальное лицо», зачисляет в ряды трудящихся.

За последние два года наблюдаются следующие факты злоупотреблений страховыми суммами. В некоторых местах организовались специальные шайки подделывающих документы, в особенности больничные листки. По этим документам выданы кассами весьма значительные суммы. Очень часто наблюдается случаи получений пособий или пенсий торговцами, крестьянами, не имеющими трудового стажа или материально обеспеченными доходами и заработками. Комитетам страховых касс приходится поэтому очень внимательно разбирать каждое отдельное ходатайство о страховой помощи. Но на-ряду с действительно правильными по существу дела требованиями к застрахованным, наблюдается иногда излишне формальный подход при обсуждении в комитетах касс вопросов о назначении тому или иному лицу пособия или пенсии. Бывают случаи, когда из представленных документов совершенно очевидно право данного лица на страховую помощь, но у него недостает какой-либо незначительной справки, требуемой той или иной инструкцией.

вследствие этого касса или отказывает в назначении пособия, или же заставляет застрахованного терять лишнее время и энергию для того, чтобы достать эту справку. Бывают случаи, когда рабочий работал несколько десятков лет на предприятии, но пропустил срок подачи ходатайства о пенсии на несколько дней, и ему отказывают в помощи. Бывают случаи недостаточно внимательного разбора комитетами касс тех или иных случаев волокиты со стороны рядовых технических работников своего же аппарата, которые приводят к излишнему затягиванию дела того или иного застрахованного, и т. д. и т. п.

Указанное выше Всесоюзное совещание работников страховых касс обратило особое внимание на борьбу с этими ненормальными явлениями, для чего указало страховым органам, что:

«При предоставлении права на пособие или пенсию тому или иному застрахованному страховые органы, категорически настаивая на выполнении последними всех требований закона, должны вместе с тем в решении вопросов руководствоваться не столько формальной стороной, сколько существом закона».

Основная гарантия проведения этого указания в жизнь и действительной борьбы с бюрократическим подходом заключается в социальном составе и общественной подготовке членов комитетов страховых касс.

Состав комитетов страховых касс и их ответственных работников.

Интересно проследить изменения в составе членов комитетов страховых касс. До перевыборов в октябре 1923 г. среди членов комитета касс было 46% рабочих и 54% служащих. После перевыборов, т.-е. в период 1923—24 г. в составе членов комитетов касс было 53% рабочих и 47% служащих. В настоящее время в отдельных районах мы наблюдаем следующий состав. На Украине—75,2% рабочих и 24,8% служащих, в Белоруссии—71,6% рабочих и 28,4% служащих. Эти данные указывают на определенный рост рабочего состава в комитетах страховых касс.

За последнее время был произведен учет состава всех ответственных работников касс на Украине и по транспорту. Картина получилась следующая: на Украине среди председателей и секретарей касс—74,4% рабочих и 25,6% служащих, среди завов страховыми пунктами—74% рабочих и 22,2% служащих. На транспорте из учтенных 830 ответственных работников—47,7% рабочих, 17,8% крестьян и 34,5% служащих и проч Таким образом, преобладание рабочих в руководящих органах

страховых касс бесспорно. У нас нет, к сожалению, цифр по всему СССР о профессиональном составе членов комитетов страховых касс, но довольно показательными надо считать следующие данные о составе комитетов касс в Москве. Так, и в 1924 г. и в 1925 г. первое место занимают металлисты, затем идут текстильщики и пищевики. Среди руководящих работников страховых касс имеется в общем много лиц с небольшим профсоюзным и страховым стажем. По неполным данным Цусстраха за 1924—25 г., среди членов комитетов касс без профсоюзного стажа — 28% и не указавших стажа — 30%. В органах труда работало до одного года—28% и не указавших стажа—9%. На Украине среди членов комитета без страхового стажа—59,7%. Из председателей и секретарей касс на Украине 89,6% не работали до выборов в страховых органах, из заведующих пунктами тоже без страхового стажа—85,5%. На транспорте из учтенных 830 ответственных работников без профессионального стажа — 27,7%, а без страхового стажа — 19,3%. Если принять во внимание молодость нашего социального страхования, то эти цифры в общем не совсем плохие показатели, так как они указывают на втягивание в страховую работу все новых кадров рабочих. Однако, в дальнейшем в связи с усложняющейся работой страхкасс, задача профсоюзов, формирующих страховой аппарат, принять меры к тому, чтобы укомплектовать его действительно подготовленными работниками со страховым и профессиональным стажем работы. При этом в целях выработки определенного кадра работников со страховым опытом должны быть приняты меры против слишком частых перебросок страховых работников на другую работу.

Страховые кассы, профессиональные союзы и рабочая масса.

Страховые кассы, осуществляя работу по обязательному государственному социальному страхованию, являются органами государственной власти. Но поскольку основная задача социального страхования состоит в гарантии рабочему и служащему в той или иной степени его заработной платы в случаях вынужденного его ухода с работы во время болезни, безработицы, увечья и т. п., постольку вся работа по проведению в жизнь этого страхования должна проходить под непосредственным влиянием профессиональных союзов и широких рабочих масс. Одним из существеннейших условий, обеспечивающим влияние профессиональных союзов на работу страховых касс, является выборность последних на межсоюзных с'ездах и конференциях. Эта выборность сама по себе, однако, не представляет еще исчерпывающей гарантии действительного участия и влияния союзов и широкой рабочей массы на построение социального страхования. Учитывая это обстоятельство, страховые кассы делают

разнообразные попытки к достижению действительного влияния союзов на страховую работу и по налаживанию наиболее тесной связи с широкой рабочей массой. Самыми серьезными мерами в этом направлении являются организация института страховых делегатов, большее втягивание низовых союзных ячеек в повседневную работу касс и периодическая как устная, так и письменная отчетность последних перед застрахованными.

Особого внимания заслуживает организация и работа так наз. страховых делегатов. Этот институт возник по инициативе мест, при чем в некоторых местах делегаты выбирались завкомами и месткомами, в других—комиссиями охраны труда. В некоторых же предприятиях и учреждениях, а также на транспорте страховые делегаты выбирались непосредственно на рабочих собраниях. Вопрос о формах организации страховых делегатов будет окончательно вырешен на VII С'езде Союзов. Цусстрах полагает самым правильным выделение этих делегатов от комиссии по охране труда, так как организация специального института делегатов, выбираемых от рабочих непосредственно, может создать угрозу отрыва и как бы обособления страховых касс от первичных союзных ячеек. Непосредственной ячейкой, наиболее близко стоящей к страховой работе на предприятии, является комиссия по охране труда, которая и должна из своей среды выделять делегата для связи с кассой и помощи ей в повседневной работе. Не надо смешивать страховых делегатов с уполномоченными страховых касс. Во то время как уполномоченные являются работниками страхового аппарата, непосредственно подчиненного комитету кассы, страховые делегаты—это представители данного предприятия или учреждения, призванные наладить тесную связь застрахованных своего предприятия или учреждения с данной кассой и оказывать ей всемерную помощь в ее практической повседневной работе.

На практике выяснился различный подход к сущности работы страховых делегатов. В Орле делегаты были специально созваны по вопросу о порядке отправки на курорты рабочих. В Тамбове созываются совещания делегатов для ознакомления с практической работой кассы. В Москве устраиваются периодические страховые делегатские конференции, на которых разбираются важнейшие вопросы практики губернских и районных касс. На транспорте страховые делегаты заслушивают планы работ и доклады комитетов касс, учреждений по оказанию медпомощи, рассматривают порядок контроля на дому, порядок проведения страховой пропаганды и т. п. В настоящий момент Цусстрахом разработан проект положения о страховых делегатах, в котором предусматривается выделение этих делегатов комиссиями по охране труда, при чем в обязанности делегатов входит:

а) установление постоянной и живой связи со страховой кассой;

б) выяснение в страховой кассе вопросов и недоразумений, возникающих у рабочих и служащих предприятия, связанных с обращением в страховую кассу;

в) раз'яснение рабочим и служащим своего предприятия установленных правил по социальному страхованию и порядка получения всех видов страховой помощи;

г) учет и передача в страхкассу пожеланий и предложений рабочих и служащих, касающихся работы страховых органов, и извещение застрахованных о судьбе их предложений и пожеланий;

д) извещение страховой кассы о замеченных случаях неправильного получения пособия или злоупотреблений застрахованных своим правом;

е) наблюдение за правильным и аккуратным внесением предприятием страховых взносов и своевременной доставкой в кассу расчетных ведомостей;

ж) принятие мер к организации на предприятии и в клубе бесед, докладов, лекций по социальному страхованию и распространению популярной страховой литературы;

з) участие по заданиям кассы в обследованиях, проводимых для установления правильности получения пособий и пенсий застрахованными;

и) посещение делегатских собраний и конференций и информирование комиссии по охране труда о принятых решениях;

к) выяснение причин задержки в отдельных случаях назначения и выдачи пособий или пенсий застрахованным;

л) участие в работе кассы по контролю над застрахованными в деле выяснения злоупотреблений при получении страховой помощи.

Согласно этого проекта, делегатские конференции созываются страховыми кассами, по согласовании с губпрофсоветом или упрофбюро, через каждые три месяца.

В задачи делегатских конференций входит:

а) заслушивание докладов комитетов и ревизионных комиссий, а также докладов по отдельным отраслям работы по социальному страхованию;

б) предварительное рассмотрение планов работ и смет страховой кассы;

в) обсуждение наиболее важных проектов правил и постановлений по социальному страхованию;

г) заслушивания докладов о состоянии лечебной помощи и отдельных лечучреждений;

Решения делегатских конференций утверждаются комитетами касс. Страховые делегаты работают под руководством комиссии по охране труда и комитета страховой кассы.

Организации института страховых делегатов надо придавать особое значение, так как он на деле самым тесным образом связывает страховые кассы с первичными союзными ячейками, участие которых в страховой работе проявляется далеко не одинаково.

В некоторых местах первичные союзные ячейки довольно активно участвовали в работе касс, выделяя своих представителей на заседания комитетов, заслушивая у себя доклады президиумов касс, участвуя в отдельной работе касс по контролю и т. п. В других же местностях первичные союзные ячейки ограничиваются исключительно включением в порядок дня рабочих собраний вопросов социального страхования при перевыборах комитетов страховых касс.

Такое неодинаковое отношение к страховой работе отмечается и в руководящих органах отдельных союзов. Так, в порядок дня всесоюзных с'ездов некоторых производственных союзов включались доклады о соцстрахе, другие же союзы обходили этот вопрос молчанием. То же самое наблюдалось и на с'ездах и конференциях местных отделов производственных союзов. Межсоюзные об'единения уделяют вопросам соцстрахования гораздо больше внимания. Доклады о социальном страховании заслушиваются почти на всех межсоюзных с'ездах и пленумах. Президиумы межсоюзных об'единений также уделяли много внимания вопросам социального страхования.

Но на-ряду с довольно тесной повседневной связью между страховыми органами и межсоюзными об'единениями надо отметить также ряд весьма существенных недостатков в деятельности последних по осуществлению своего влияния на страховую работу. Так, доклады страховых касс заслушивались не в плановом порядке, а от случая к случаю. Недостаточное внимание обращалось на работу ревизионных комиссий касс. Мало обращалось внимания со стороны союзных и межсоюзных об'единений на представительство в комиссиях касс—по назначению пенсий, установлению трудового стажа, рассмотрению заявлений безработных о пособии. Работа этих комиссий имеет весьма большое значение, так как именно здесь просматриваются, а иногда и решаются предварительно те или иные ходатайства рабочих о помощи.

На деле же наблюдались случаи, когда межсоюзные об'единения или совсем не посылали своих представителей в эти комиссии, или же посылали туда недостаточно активных и ответственных своих работников. Помимо этого, даже те организации, которые посылали своих представителей в комиссии касс, очень часто совершенно не интересовались их работой и не заслушивали их докладов.

Поскольку работа комиссий кассы затрагивает самые насущные интересы рабочей массы, необходимо в дальнейшем

изменить подобное отношение союзов к своему представительству в этих комиссиях.

Весьма важным надо считать также наблюдавшуюся в некоторых местах слабую поддержку со стороны союзов страховых касс в их борьбе со страховой задолженностью. Постановление VI С'езда союзов о том, чтобы страхвзносы уплачивались одновременно с зарплатой, не везде еще проведено в жизнь, вследствие недостаточной активности со стороны отдельных союзов.

При проведении отчетов касс на предприятиях и в учреждениях наблюдались случаи, когда доклады касс включались почти последними в порядок дня собрания, что приводило к недостаточной обрисовке деятельности кассы и инертному отношению к важнейшим вопросам соцстраха со стороны утомленной аудитории.

Несмотря, однако, на эти недостатки можно смело констатировать, что в общем и целом вся страховая работа проходила под контролем союзных организаций.

При этом с особым удовлетворением надо подчеркнуть полную согласованность в общей линии развития соцстраха и крупнейших мероприятий по проведению его в жизнь со стороны межсоюзных и страховых органов.

Страховая пропаганда.

До 1925 года специального плана и систематических указаний по вопросам проведения страховой пропаганды у страховых касс не было. Работа эта велась от случая к случаю и в довольно незначительных размерах. В 1925 году, по инициативе Цусстраха, вопрос о постановке страховой пропаганды был довольно подробно обсужден на совещании культотдела ВЦСПС совместно с представителями профсоюзов центра и крупных районов. На этом совещании было решено организовать при всех межсоюзных об'единениях специальные комиссии по страховому просвещению, и даны общие директивы по существу и характеру этой работы.

Согласно опубликованному потом специальному директивному письму ВЦСПС, вся работа по массовому страховому просвещению должна быть направлена на ближайший период времени по следующей линии:

а) популяризации решений VI с'езда профсоюзов по вопросам социального страхования;

б) популяризации страхового законодательства;

в) освещения вопросов текущей практики социального страхования, при чем особое внимание надо обратить на анализ показателей (цифр) заболеваемости. В работе по массовому страховому просвещению должны быть использованы все прак-

тикуемые у нас формы пропаганды и агитации, как-то: доклады, лекции, вечера вопросов и ответов, живые газеты и т. п., а также отчетность страховых касс на широких рабочих собраниях, главным образом, по финансовым вопросам и по вопросам заболеваемости застрахованных.

По этому пути и пошла вся работа в области страховой пропаганды. Однако, обращает на себя внимание недостаточная активность со стороны весьма многих комиссий при межсоюзных об'единениях, что весьма отрицательно повлияло на всю работу по страховому просвещению, так как кассы, за немногими исключениями, в соответствии с решениями с'ездов профсоюзов и отделов труда, самостоятельно этой работой не занимались.

Точного учета работы по страховому просвещению во всесоюзном масштабе нет, но данные отдельных районов говорят о том, что в этой работе имеются некоторые достижения.

Многие кассы проводят периодические доклады на рабочих собраниях. Необходимо, однако, указать, что эти доклады часто имели довольно общий, иногда излишне агитационный характер. Между тем, интерес к работе страхкасс со стороны рабочих масс наблюдался довольно большой и его такими общими докладами удовлетворить нельзя.

Посещаемость собраний, на которых ставились доклады комитетов касс, колебалась от 50 до 60%, а иногда присутствовало и еще больше застрахованных.

На Украине при перевыборах из 5.000 членов конференции высказалось около 1.000 человек, в других местах конференции тянутся по нескольку дней, выступают десятки ораторов, подаются сотни записок и вопросов.

Интерес к вопросам социального страхования проявляется не только на широких рабочих собраниях, но и при посещении застрахованными касс, а также при заслушивании рабочими докладов о работе своего профессионального союза. Для того, чтобы раз'яснить застрахованным их права и обязанности по соцстраху, во многих кассах организованы специально юридические консультации, стенные страховые газеты, вывешены ящики для вопросов и ответов и т. п.

При многих клубах организованы кружки и уголки по вопросам соцстраха. Читаются лекции по вопросам социального страхования в школах и на курсах при профсоюзных организациях. Издаются брошюры и плакаты по вопросам соцстраха; последняя работа получила особенно серьезное развитие в центре; так, издательством Наркомтруда за период с 1924 по 1926 год издано 135 брошюр, в количестве 1.087.000 экз., и специальные популярные плакаты в количестве 420.000 экземпляров. Регулярно выходит журнал Цусстраха «Вопросы Страхования».

В некоторых районах были вначале попытки издания самостоятельных журналов по вопросам соцстраха. Но впоследствии эти журналы были слиты с местными профсоюзными периодическими изданиями. В целях регулярного освещения вопросов соцстраха перед широкой массой членов профсоюзов, совещание при культотделе ВЦСПС от 26 сентября 1925 года постановило:

«Завести в профессиональных органах ЦК союзов постоянный отдел, постоянную «страничку» для освещения вопросов социального страхования (в частности, о медпомощи), обратив особое внимание на освещение особенностей данного производства. В «страничке» помещать (помимо текущего статейного и прочего материала): а) выдержки из законов и постановлений по социальному страхованию с соответствующими комментариями, б) библиографию и в) отдел «Вопросы и ответы».

Эти странички в некоторых журналах заведены, и в дальнейшем надо принять меры для их организации во всех журналах как ЦК, так и местных межсоюзных об'единений.

Необходимо отметить, что за последние два года положено начало специальной работе по подготовке квалифицированных страховых работников. С этой целью организованы центральные курсы при Цусстрахе, пропускающие ежегодно 50 человек местных работников. До 1926 г. функционировало специальное отделение по соцстраху при центральной школе союзов железнодорожников и водников. В Москве существуют краткосрочные курсы по соцстраху для членов комиссии по охране труда. На Украине существуют курсы страховых работников при Главсоцстрахе. Кроме того, при некоторых высших учебных заведениях Москвы, Харькова и других городов заведены специальные циклы лекций по вопросам социального страхования.

В заключение надо, однако, признать, что темп развертывания страховой пропаганды далеко не отвечает потребностям и запросам рабочих масс в этой области, и в дальнейшем страховым органам и профсоюзам надо будет уделить усиленное внимание этой отрасли свой деятельности.

Контроль и ревизия работы страховых касс.

Работа страховых касс подвергается периодической проверке со стороны специальных ревизионных комиссий, которые выбираются на тех же межсоюзных с'ездах и конференциях, на которых избирается комитет кассы. Кроме того, работа страховых касс контролируется вышестоящими страховыми органами и рабоче-крестьянской инспекцией.

В последнее время к ревизии касс привлечены и органы Наркомфина.

При конструировании ревизионных комиссий на местах наблюдался различный подход со стороны местных межсоюзных об'единений.

В некоторых местах придавали особое значение работе в этих комиссиях специалистов-бухгалтеров, счетоводов и т. п., отчего работа комиссий получила уклон формального контроля. Такие комиссии, хотя и работали иногда интенсивнее других, но основное внимание обращали на правильность делопроизводства и счетоводства кассы, а не на выявление и оценку работы данной кассы. Выходило, как-будто, все благополучно в кассе, но при последующих, более глубоких обследованиях со стороны вышестоящих страховых органов обнаруживались часто весьма значительные дефекты.

В других местах в члены ревизионных комиссий выбирались почти исключительно ответственные работники союзов, обремененные многочисленными обязанностями, и такие ревизионные комиссии просто не созывались и не работали.

Самыми жизненными и наиболее деятельными ревизионными комиссиями оказались те, в состав которых на-ряду с одним—двумя бухгалтерами и статистиком или делопроизводителем входило несколько рабочих от станка или членов завкомов. Эти ревизионные комиссии в большей своей части производили ревизии чаще, подходили к существу выявления работы кассы довольно обстоятельно, но, к сожалению, и они очень редко собирались.

Для того, чтобы оживить деятельность ревизионных комиссий и дать им основные понятия о сущности их работы, их обязанностях и правах, Цусстрахом была издана специальная инструкция, в которой указывалось, что

«Основной задачей ревизионных комиссий являются контроль и наблюдение за финансовой, операционной, хозяйственной и организационной деятельностью страховой кассы».

Для проведения этого указания в жизнь инструкция к предметам ведения ревизионной комиссии относит:

а) проверку наличности денежных сумм и другого имущества кассы и соответствия их с записями в книгах;

б) проверку счетов, книг и других документов, а также записей в книгах по ним;

в) проверку финансово-хозяйственного состояния подведомственных кассе учреждений (инвалидных домов, столовых для безработных и т. д.);

г) проверку правильности и своевременности предоставления застрахованным причитающегося им обеспечения;

д) проверку правильности использования страховых средств;

е) проверку правильности и своевременности проведения кассой в жизнь страхового законодательства по социальному

страхованию и постановлений вышестоящих страховых органов;

ж) проверку постановки и ведения делопроизводства, счетоводства и отчетности касс;

з) проверку законности и целесообразности заключенных кассой договоров и сделок;

и) дачу заключений по жалобам застрахованных на действия кассы;

к) проверку работы кассы по взысканию взносов и борьбе с задолженностью.

Из этого перечня видно, что ревизионным комиссиям касс даны широкие полномочия в деле контроля страховой работы.

К сожалению, надо констатировать недостаточную активность и работоспособность большинства ревизионных комиссий, что приводило к бесконтрольному расходованию страховых средств, а иногда и к растратам.

Необходимо также указать на то обстоятельство, что при транспортных кассах ревизионных комиссий не существовало, и проверка работы этих касс производилась ревизионными комиссиями соответствующего профессионального союза железнодорожников или водников. На происходившем в 1926 г. VIII Всесоюзном с'езде железнодорожников такой порядок признан нецелесообразным, и в настоящее время одновременно с выборами комитета той или иной транспортной кассы производятся также и выборы ревизионной комиссии.

Цусстрах придает огромное значение работе ревизионных комиссий страховых касс. Именно это обстоятельство вызвало указание Цусстраха, что ни один отчет местной кассы о ее работе за определенный период времени не должен публиковаться без проверки всех данных этого отчета соответствующей ревизионной комиссией.

Положение о фондах социального страхования предусматривает также, что отчетность по расходованию всех средств социального страхования подлежит ревизии надлежащих органов Народных Комиссариатов Финансов Союза ССР и союзных республик.

Если принять во внимание, кроме того, ревизии страховой кассы со стороны органов рабоче-крестьянской инспекции, то станет ясно, что работа страховых органов находится все время под весьма разносторонним контролем.

За время с 1924 года рабоче-крестьянская инспекция произвела обследование работы Цусстраха, Главсоцстраха Белоруссии и отдельных страховых касс. Работа этих страховых органов признана со стороны РКИ в общем и целом удовлетворительной, при чем дан был целый ряд указаний для исправления обнаруженных недостатков.

Организационная связь страховых и хозяйственных органов.

С самого начала организации социального страхования участие хозяйственных органов в деле соцстраха сводилось лишь к выполнению определенных финансовых обязательств по платежу взносов в страховые кассы за своих рабочих и служащих. И только в последнее время хозяйственные органы были привлечены к участию в направлении страховой работы. В этих целях создана специальная организация, в виде страховых советов, в состав которых входят представители хозяйственных органов.

Организацией страховых советов наше социальное страхование переходит как бы в новую стадию своего развития, заключающуюся в установлении постоянной. совместной работы профсоюзов и хозорганов на почве руководства делом социального страхования.

Страховые советы организованы при Народном Комиссариате Труда СССР, а также при наркомтрудах союзных республик. Автономные республики и отдельные области страховых советов не имеют.

Страховые советы работают уже во всех союзных республиках, при чем состав их в отдельных республиках хотя и видоизменен несколько, но в основном сводится к паритету, т.-е. количественному равенству представителей союзов и хозорганов при председателе от наркомтруда данной союзной республики.

Положение о Союзном Совете, утвержденное ЦИК'ом и Совнаркомом СССР, возлагает на совет весьма серьезные задачи и в соответствии с этим предоставляет ему широкие права. Задачи Страхового Совета сводятся к основном к «согласованию общих основ организации лечебной помощи, а также деятельности органов экспертизы и контроля, рассмотрению всех разработанных Наркомтруда и другими ведомствами проектов законоположений по социальному страхованию, подлежащих внесению в законодательные органы Союза ССР, и дача заключений по указанным проектам», рассмотрение и утверждение разработанных Цусстрахом в развитие действующих законоположений общих правил и инструкций, касающихся привлечения к страхованию отдельных категорий работающих по найму, порядка взимания страховых взносов, применения действующих тарифов к отдельным группам страхователей и размеров страхового обеспечения, а также «общее наблюдение за выполнением Центральным Управлением Социального Страхования утвержденных планов, а равно рассмотрение его периодических докладов и годовых отчетов».

Почти такие же функции и задачи в общем присвоены и страховым советам союзных республик, при чем постановле-

ния последних могут быть отменены постановлениями Союзного Совета Социального Страхования.

Дела в Союзном Совете Социального Страхования решаются простым большинством голосов. Постановления Совета, против которых заявлен в том же заседании протест кем-либо из членов Совета, переносятся на окончательное разрешение в коллегию Народного Комиссариата Труда Союза ССР. Если в течение 7 дней со стороны коллегии Народного Комиссариата труда Союза ССР не последует отмены постановления Совета, последнее входит в силу. Неопротестованные в указанном порядке постановления Совета вступают в силу немедленно без утверждения Народного Комиссариата Труда СССР.

Этим самым достигается особая гибкость и скорость работы Совета и, вместе с тем, всей его работе придается весьма большой авторитет.

Тем же обстоятельством, что протесты идут на рассмотрение коллегии НКТ, достигается необходимая согласованность линии работы в области соцстраха с общей линией Наркомтруда.

При ознакомлении с работой страховых советов выясняется, что эти советы занимались, главным образом, основными вопросами политики социального страхования, уделяя сравнительно небольшое внимание второстепенным вопросам страховой практики. Вся основная работа центральных страховых органов в области страхового обеспечения после их разработки управлениями соцстраха получала свое дальнейшее направление через страховые советы, которые подвергали эти работы весьма существенному и детальному обсуждению.

Связь страховых органов с органами Наркомтруда.

За последние два года связь страховых органов с органами Наркомтруда усилилась. В некоторых районах председатели касс являются заместителями заведующих отделами труда. Там, где существуют коллегии отделов труда, председатели касс являются членами этих коллегий. Заведующие отделами труда, не вмешиваясь непосредственно в оперативную деятельность касс, вместе с тем, проявили гораздо больше интереса к деятельности страховых органов, чем это было в прошлые годы. На всех с'ездах отделов труда заслушивались доклады по социальному страхованию, при чем в прениях участвовали не только страховые работники, но и работники бирж труда, и инспектора труда. Связь страховых касс с инспекторами труда хотя и усилилась, но далеко не в достаточной степени.

Более тесная увязка между работой инспекции труда и страховыми кассами особенно нужна сейчас, в связи с увеличением травматизма на предприятиях. Рост увечий требует большого внимания как со стороны инспекции труда, так и

страховых касс. В целях дальнейшего усиления повседневной действенной связи между кассами и инспекторами труда, происходившее в конце марта 1926 года Всесоюзное совещание страховых касс признало необходимым:

а) участие страховых касс в разработке планов органов охраны труда по обследованию отдельных отраслей промышленности и крупных предприятий, особенно в области изучения профессиональных вредностей и травматизма;

б) сопоставление и проверку материалов о движении несчастных случаев, по данным страховых касс и инспекции труда;

в) более деятельное участие специальной инспекции в деле тарификации предприятий по степени вредности и опасности;

г) более широкое использование органами охраны труда и страхкассами системы карательно-поощрительного тарифа, исправляя имеющиеся в этой работе недочеты;

д) периодическую взаимную информацию о работе путем заслушания отчетов и докладов.

Проведение этих мероприятий в жизнь должно будет привести как к уточнению страховой работы, так и к оздоровлению условий труда на предприятиях. Помимо практической связи с инспекцией труда страховые кассы наладили также более близкие взаимоотношения с биржами труда. Здесь представители касс, главным образом, участвуют или в комитетах бирж труда или в органах, контролирующих работу трудовых коллективов. Поскольку сейчас тратятся довольно значительные суммы на организацию трудовых коллективов, страховые органы весьма заинтересованы в том, чтобы эти средства были израсходованы надлежащим образом.

То внимание, какое уделяют трудовым коллективам страховые кассы до сих пор, надо считать недостаточным.

В заключение считаем необходимым указать, что страховые органы в пределах органов Наркомтруда пользовались и пользуются полной финансовой самостоятельностью, при чем весьма редки случаи вмешательства заведующих отделами труда в их оперативные функции.

В общем можно констатировать наличие увязки и налаживания взаимоотношений касс страховых органов с отделами труда, что является весьма важным фактором при практической работе по построению социального страхования.

Выводы.

За последние два года аппарат соцстраха окреп и развился. Будучи приближен к рабочей массе, страховой аппарат тем не менее не достиг еще необходимой четкости в своей деятельности. Надо особое внимание обратить на борьбу с излишним формализмом и наблюдающимся кое-где бюрократизмом.

Связь с профсоюзами в общем налажена, но последние должны ближе подойти к работе страховых органов. Советы профсоюзов должны подвергнуть тщательной и своевременной проверке планы работ и сметы страховых касс. Должны быть приняты решительные шаги для улучшения работы ревизионных комиссий касс.

Отчетность страховых органов перед союзами и рабочей массой должна принять более систематический плановый характер. Отчеты эти должны быть так построены, чтобы по форме изложения они были вполне доступны рядовым рабочим, а по своему содержанию—вскрывали все недостатки в работе касс. Вся работа страховых касс должна быть построена на началах широкой рабочей страховой общественности. Учитывая отсутствие достаточного кадра подготовленных выборных и технических страховых работников, профсоюзы должны принять меры к укомплектованию страхового аппарата действительно активными профессиональными работниками, а также принять меры к максимальному сокращению переброски страховых работников на другую работу. И, наконец, очень важное значение приобретает сейчас оживление страховой пропаганды, для чего ее необходимо проводить в плановом порядке.

Вот те основные организационные мероприятия, которые должны будут способствовать в дальнейшем необходимому удешевлению и уточнению работы страхового аппарата и надлежащей постановки его деятельности по обслуживанию рабочих и служащих страховой помощью.



Цена 1 р. 20 коп.

